



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TESIS DOCTORAL

Título
<b>Contribución al estudio del léxico popular de la urología en La Rioja</b>
Autor/es
<b>Francisco Javier Virto Bajo</b>
Director/es
Claudio García Turza, Fernando García Andrevia y Juan Antonio Martínez Berbel
Facultad
Facultad de Letras y de la Educación
Titulación
Departamento
Filologías Hispánica y Clásica
Curso Académico



Contribución al estudio del léxico popular de la urología en La Rioja, tesis doctoral de Francisco Javier Virto Bajo, dirigida por Claudio García Turza, Fernando García Andrevia y Juan Antonio Martínez Berbel (publicada por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

DEPARTAMENTO DE FILOLOGÍAS HISPÁNICA Y CLÁSICAS

Programa de Doctorado en Humanidades

TESIS DOCTORAL

## Contribución al estudio del léxico popular de la urología en La Rioja

Noviembre de 2021

Autor: **Fco. Javier Virto Bajo**

Director: **Claudio García Turza**

Codirector 1: **Fernando García Andrevia**

Codirector 2: **Juan Antonio Martínez Berbel**



*El médico que sólo sabe medicina;  
ni medicina sabe*

José de Letamendi y Manjarrés

*A Pilar, mi esposa  
y a mis hijos, Pilar y Javier*



## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el resultado de un trabajo que durante muchos años lo he tenido en mi recámara y que no hubiera sido posible realizarlo sin la ayuda y el apoyo de un conjunto de personas a las que quisiera dedicar unas palabras de reconocimiento.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias al Dr. Claudio García Turza, impulsor y promotor inicial de este proyecto y mi agradecimiento por haber puesto a mi disposición un fichero de grandes proporciones conteniendo palabras relacionadas con el cuerpo humano y su patología.

Y en segundo lugar, agradecer a su hijo, Dr. Fernando García Andrevia su ayuda cercana y directriz que como codirector ha realizado en todo el desarrollo de este trabajo de tesis doctoral, por su compromiso, su tiempo, su paciencia, su disponibilidad, sus revisiones y, en general, por su ayuda y su optimismo y por su habilidad para marcar el rumbo a seguir de forma práctica y sencilla, para que un profano al mundo de las Humanidades como yo ejecutara de forma eficiente sus indicaciones. Mi más sincero agradecimiento por todo. Igualmente agradezco la colaboración y ánimo que me ha transmitido en todo momento al Dr. Juan Antonio Martínez Berbel como codirector de tesis y comprendiendo que lo ha realizado a expensas de arrascar de su tiempo de asueto que sus tareas, como vicerrector de nuestra universidad de La Rioja (UR), le han permitido.

Gracias por la responsabilidad y el rigor académico que me habéis inculcado. También quisiera dar las gracias a la Universidad de La Rioja por permitir la realización de esta tesis doctoral.

No quisiera olvidarme de ninguna de las personas que han colaborado de una forma u otra durante todo el proceso de elaboración de este trabajo en especial al Dr. Miguel Las Heras, compañero durante su periodo de doctorando, gracias por tu ayuda y ánimos que me has transmitido.

Mi agradecimiento, no sólo por su colaboración, sino por la amabilidad con que me han tratado, a todo el personal de la biblioteca del Instituto de estudios riojanos, José Antonio Álvarez y José Ignacio Peso y de la biblioteca de la UR, Ana Blanco.

A mis informantes, que habiéndose enterado de mi proyecto de estudio, me han proporcionado palabras por ellos recogidas durante su labor como profesores en La Rioja, Francisco Ruíz, José Cabezón, Ángel E. Urbina y Carlos Gutiérrez Rodríguez. Lo

mismo hago con Marisa Pérez Aradros, ATS de la consulta de urología que, con su agudeza, le encantaba recoger todas las palabras que no le «sonaban bien» y a mis amigos, quienes, aunque todos ellos fuera del ámbito universitario, me han apoyado a su manera, y en muchos casos sin ellos mismos saberlo, durante estos años.

Y no quiero finalizar este capítulo de agradecimientos sin mencionar a mi familia, a mis hijos M.<sup>a</sup> Pilar por el ánimo que me ha transmitido siempre y en especial durante esta etapa de doctorando y a Javier, que en todo momento me ha asesorado y guiado en mi proyecto, sintiendo el no haberle hecho demasiado caso en todas sus observaciones por lo que me ha tenido que sacar de muchos apuros gracias a sus conocimientos informáticos y en especial a Pilar, mi esposa, que me ha ayudado en todos los momentos y en especial en los de desánimo. Sin duda, este trabajo de investigación no hubiera sido posible sin su ayuda, apoyo y comprensión. Ella ha sido quien durante todos estos años me ha alentado día a día para seguir superándome.

Gracias a todos.



## ÍNDICE GENERAL

<i>Índice general</i> .....	<i>III</i>
1.1. Introducción.....	3
2.1. Justificación .....	9
3.1. Definición de la especialidad.....	17
3.2. Introducción a la historia de la medicina y la urología.....	19
3.2.1. La medicina en la prehistoria y pueblos primitivos .....	19
3.2.2. La medicina mesopotámica .....	37
3.2.3. La medicina hebrea antigua .....	42
3.2.4. La medicina india.....	44
3.2.5. La medicina en la Antigua China.....	46
3.2.6. La medicina en el Antiguo Egipto .....	48
3.2.7. La medicina en la Antigua Grecia .....	53
3.2.8. La medicina romana.....	61
3.2.9. La medicina árabe .....	65
3.2.10. La medicina en el Medievo .....	69
3.2.11. La medicina en el Renacimiento .....	76
3.2.12. La medicina en el Barroco .....	83
3.2.13. La medicina en el siglo de la Revolución Científica.....	86
3.2.14. La medicina desde el siglo XIX hasta la actualidad.....	89
4.1. Breve reflexión inicial .....	123
4.2. El dialecto Riojano .....	125
4.2.1. ¿Qué entendemos por dialecto? .....	125
4.2.2. El dialecto Riojano.....	126
4.2.3. Léxico riojano .....	137
5.1. El léxico médico .....	159
5.1.1. Características .....	159

5.1.2.	Construcción del léxico médico.....	165
5.1.3.	Conclusiones sobre el lenguaje médico .....	180
6.1.	Materiales .....	185
6.2.	Metodología.....	186
6.2.1.	La macroestructura .....	186
6.2.2.	La microestructura .....	189
6.2.3.	Fuentes consultas en la elaboración del trabajo.....	193
7.1.	Estado del ser humano .....	201
7.1.1.	‘estado de salud’ .....	201
7.1.2.	‘sano’ .....	202
7.1.3.	‘cambio en la salud’ .....	204
7.1.4.	‘enfermo’ .....	204
7.2.	Duración de una enfermedad.....	207
7.2.1.	‘ataque que dura poco’.....	207
7.2.2.	‘enfermedad prolongada’ .....	207
7.3.	Exploración.....	210
7.3.1.	‘colocación del paciente’ .....	210
7.3.2.	‘auscultar’ .....	211
7.4.	Zonas anatómicas de interés .....	214
7.4.1.	‘vientre’.....	214
7.4.2.	‘ombigo’ .....	217
7.4.3.	‘pelvis’ .....	221
7.4.4.	‘vejiga’ .....	223
7.5.	Órganos genitales .....	226
7.5.1.	‘pene’ .....	226
7.5.2.	‘prepucio’ .....	243
7.5.3.	‘glande’ .....	245

7.5.4.	‘testículos’ .....	247
7.6.	Función y producción urológica .....	253
7.6.1.	‘orina’ .....	253
7.6.2.	‘orinar’ .....	254
7.6.3.	‘orinal’ .....	256
7.7.	Estados del pene .....	259
7.7.1.	[estado morfológico del pene] ‘encogido, pequeño’ .....	259
7.7.2.	‘estado funcional del pene’ .....	262
7.8.	La relación sexual .....	265
7.8.1.	‘calentura sexual’ .....	265
7.8.2.	‘realizar el coito’ .....	265
7.8.3.	‘masturbarse’ .....	277
7.9.	Signos y síntomas .....	279
7.9.1.	‘color lívido’ .....	279
7.9.2.	‘síntoma de fiebre’ .....	279
7.9.3.	‘sequedad de la boca’ .....	282
7.9.4.	‘que produce cólico’ .....	283
7.9.5.	‘ardor’ .....	284
7.9.6.	‘temblor’ .....	284
7.9.7.	‘cicatriz’ .....	286
7.9.8.	‘postilla’ .....	288
7.9.9.	‘urticaria’ .....	289
7.9.10.	‘sarpullido’ .....	290
7.9.11.	‘lobanillo’ .....	292
7.9.12.	‘agrietarse’ .....	294
7.9.13.	‘ganglio infartado’ .....	295
7.9.14.	‘coágulo’ .....	299

7.9.15.	‘usagre’ .....	299
7.9.16.	‘ampolla’ .....	300
7.9.17.	‘escozor’ .....	302
7.9.18.	‘escocer’ .....	303
7.9.19.	‘irritarse’, ‘escocerse’ .....	305
7.9.20.	‘habón’ .....	306
7.9.21.	‘verruca’ .....	309
7.10.	Patología testicular (en cuanto al número) .....	312
7.10.1.	‘Con un sólo testículo’ .....	312
7.10.2.	‘Sin testículos’ .....	315
7.11.	Patología prostática .....	318
7.11.1.	‘mal de próstata’ .....	318
7.11.2.	‘forma de orinar el enfermo de próstata’ .....	319
7.12.	Patología sexual .....	321
7.12.1.	‘cesación natural de la libido en el hombre’ .....	321
7.12.2.	‘impotencia’ .....	321
7.13.	Pruebas complementarias .....	323
7.13.1.	‘biopsia’ .....	323
7.14.	Tratamiento .....	325
7.14.1.	‘supositorio’ .....	325
7.14.2.	‘secuelas de la enfermedad’ .....	326
7.15.	Parasitosis externa .....	328
7.15.1.	‘piojos’ .....	328
7.15.2.	‘lendra’ .....	332
7.16.	Procesos infecciosos .....	335
7.16.1.	‘infectarse (una herida)’ .....	335
7.16.2.	‘pus’ .....	336

7.16.3.	‘forúnculo’ .....	337
7.16.4.	‘ántrax’ .....	337
7.16.5.	‘absceso’ .....	340
7.16.6.	‘madurar, activarse la supuración’ .....	341
7.16.7.	‘absceso supurado’ .....	341
7.16.8.	‘gangrena’ .....	342
7.16.9.	‘gonorrea’ .....	344
7.16.10.	‘paperas’ .....	345
7.17.	Traumatismos .....	348
7.17.1.	‘caída de espaldas o de costado’ .....	349
7.17.1.	‘caída de culo’ .....	349
7.17.2.	‘caída a horcajadas’ .....	351
7.18.	Contusiones .....	356
7.18.1.	‘aplstar(se)’ .....	356
7.19.	Lesiones por calor.....	360
7.19.1.	‘quemadura’ .....	360
7.19.2.	‘humor segregado por una quemadura’ .....	361
7.20.	Lesiones incisas .....	362
7.20.1.	‘cortada’ .....	362
7.20.2.	‘cornada’ .....	363
8.1.	Conclusiones.....	367
<i>Anexo I: Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI). Cirugía robótica. Robot «Da Vinci®».....</i>		<i>378</i>
<i>Anexo II: La Orinoterapia .....</i>		<i>381</i>
<i>Anexo III: urolagnia, uretralismo y otras parafilias .....</i>		<i>386</i>
<i>Anexo IV: La próstata.....</i>		<i>392</i>
<i>Anexo V: Consentimiento informado.....</i>		<i>395</i>

<i>Anexo VI: Especialidad de Urología-formación .....</i>	<i>402</i>
<i>Anexo VII: Programa Oficial de la Especialidad Médica de Urología .....</i>	<i>404</i>
<i>Anexo VIII: Formación teórica del programa de la especialidad de Urología .....</i>	<i>417</i>
<i>Anexo IX: Consentimientos Informados de los principales procedimientos quirúrgicos en Urología. ....</i>	<i>424</i>
<i>Anexo X: Documentos más frecuentes de CI en Urología.....</i>	<i>428</i>
<i>Anexo XI: Criptorquidia e infertilidad .....</i>	<i>439</i>
<i>Anexo XII: Parotiditis y orquitis Urleana .....</i>	<i>442</i>
<i>Anexo XIII: Procedencia de los Urólogos que han desarrollado su actividad en la Comunidad Autónoma de La Rioja .....</i>	<i>444</i>
<i>Anexo XIV: Localidades riojanas encuestadas en el ALEANR y sus claves .....</i>	<i>447</i>
<i>Anexo XV: Tesis urológicas.....</i>	<i>448</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>455</i>
<i>Orden alfabético de lemas .....</i>	<i>495</i>

## EL BURRO FLAUTISTA

Esta fabulilla,  
salga bien o mal,  
me ha ocurrido ahora  
por casualidad.

Cerca de unos prados  
que hay en mi lugar,  
pasaba un borrico  
por casualidad.

Una flauta en ellos  
halló, que un zagal  
se dejó olvidada  
por casualidad.

Acercose a olerla  
el dicho animal,  
y dio un resoplido  
por casualidad.

En la flauta el aire  
se hubo de colar,  
y sonó la flauta  
por casualidad.

«¡Oh!», dijo el borrico,  
«¡qué bien sé tocar!  
¡y dirán que es mala  
la música asnal!».  
Sin reglas del arte,  
borriquitos hay  
que una vez aciertan  
por casualidad.

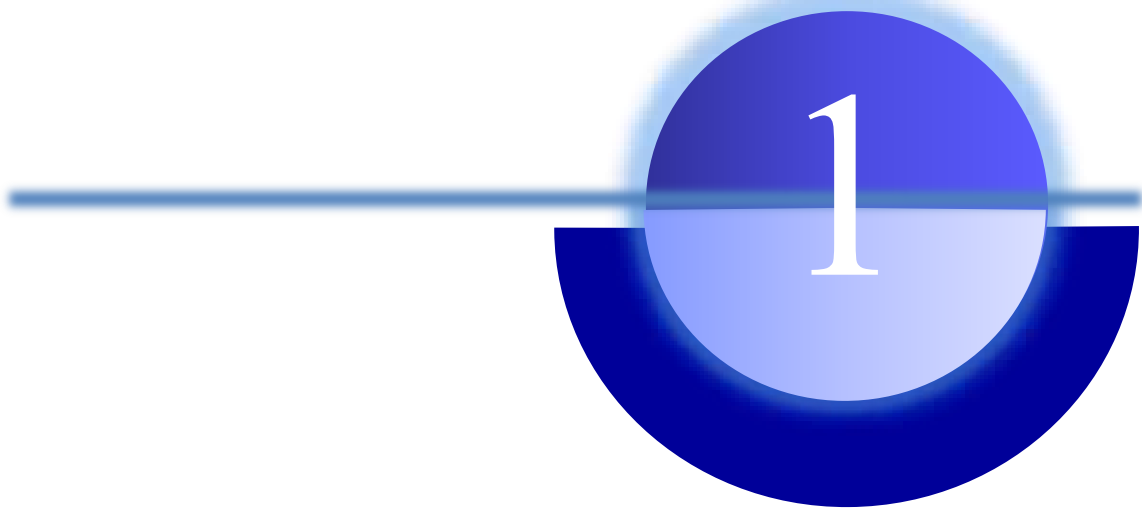








# Capítulo



## Introducción



## 1.1. INTRODUCCIÓN

«Sin reglas del arte, el que en algo acierta, acierta por casualidad». Las cosas, a veces —no pocas veces—, suceden por casualidad; pero en ocasiones a la casualidad se une la voluntad, necesaria para emprender ciertas acciones, trabajos e, incluso, una tesis doctoral. La casualidad que, en este caso, iba unida a nuestro ejercicio profesional, propició que se conociesen un profesor de Filología Hispánica y un urólogo.

Ya existía cierta relación histórica, ya que sus padres y los míos (políticos) eran naturales de la villa de Matute (La Rioja), un pequeño pueblo de la presierra de la Demanda, en pleno valle del río Najerilla. Les unía una estrecha amistad, mantenida, como ocurre con casi todos los emigrantes de cualquier pequeña población y que, al final de sus vidas, se reencuentran en una nueva ciudad que les acoge, y que en esta ocasión era la ciudad de Logroño.

En el devenir de dicho conocimiento, por casualidad, comenzamos a hablar, entre el profesor y yo, de mi ilusión por realizar una tesis doctoral. Esa ilusión siempre había estado latente en mis pensamientos. Al finalizar mi licenciatura, (junio de 1977), en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, tras cumplir con mis obligaciones con el “Estado español” como alférez médico en el Ejército del Aire (Los Alcázares, Murcia) y el Polígono de tiro de Las Bardenas Reales de Navarra, comencé mi formación como médico especialista de Urología, en el hospital San Millán (anteriormente *Residencia Sanitaria Antonio Coello Cuadrado*), vía MIR (Médico Interno Residente), tras oposición nacional.

Realicé los cuatro *cursos monográficos del doctorado*, durante los años 1983-84 y 1984-85, siguiendo la normativa anterior al R.D. 185/85, en la Facultad de Medicina de Zaragoza, por el que se regulaban los estudios universitarios de Tercer Ciclo, encaminados a la obtención y expedición del título de doctor y otros estudios posgraduados. Una vez realizados dichos cursos, fui admitido en la Cátedra de Urología de dicha Universidad (con el Dr. D. Francisco Romero Aguirre) para realizar una tesis doctoral sobre “productos de degradación del fibrinógeno en vía urinaria”, con fecha de 16 de octubre de 1986.

La idea de realizar dicha investigación se forjó tras la realización, por parte de un compañero de profesión, de una tesis muy similar, con el mismo director y codirector que en mi caso. En aquellos momentos, realizar una tesis doctoral, alejado de la universidad, era una tarea difícil de sobrellevar. Por una conjunción de factores como

(por casualidad) el nacimiento de mis dos hijos, la necesidad de formación en mi especialidad, la asistencia a numerosos cursos y congresos, la acumulación de trabajo (en esos años, el Servicio de Urología estaba compuesto únicamente por cinco especialistas) y la poca motivación que me suscitaba el tema elegido, fui dejando a un lado mis pretensiones de realizar la tesis doctoral.

Con posterioridad, los anteriores cursos de doctorado mencionados dejaron de tener validez, por Real Decreto, y de nuevo volví a realizar otros cursos de doctorado, con la nueva normativa europea, con el sistema de créditos (32), dentro del programa B057-Cirugía de Especialidades, durante los cursos 1995-96, 1996-97, 1997-98 y 1999-2000, con los cuales se obtenía la *Suficiencia Investigadora*.

El tiempo fue pasando y de la tesis doctoral solamente quedaba ya una vaga intención de que, en algún momento, con más tranquilidad, volvería a retomar mi ilusión por acometer esta empresa.

Nuestro servicio de urología se fue ampliando con urólogos procedentes de servicios de urología dispares (Pamplona, Madrid, Zaragoza, etc.). Uno de ellos, formado en Pamplona, me animó de nuevo a retomar la idea de afrontar una tesis doctoral, por lo que ambos solicitamos a la Universidad de Navarra la convalidación de créditos con el fin de realizarla en dicha universidad.

Ya en esos momentos existían recursos de acceso y comunicación mediante internet y las distancias que nos separaban era menor, por lo que parecía que la posibilidad de realizar la tesis estaba más cercana. Al final, nuevo fracaso y abandono.

Pero de nuevo, gracias a la casualidad, el profesor de Filología Hispánica y el urólogo se conocieron. Desde el primer momento, el Dr. D. Claudio García Turza me transmitió con entusiasmo la idea de que en la Universidad de La Rioja existía la posibilidad de realizar la tesis doctoral, dentro del Área de Humanidades, con un enfoque médico-humanístico. Me explicaba, y desde el primer momento me entusiasmó su idea, que él había dirigido la realización de unas encuestas dialectológicas y que tenía recopilados cientos de voces sobre enfermedades, la complexión física, los tratamientos, etc., que todavía no habían sido analizadas.

Desde que comentamos dicha posibilidad, yo le indiqué que cuando dispusiera de tiempo, iba a seguir sus indicaciones. Una vez admitida mi solicitud para desarrollar la tesis doctoral en la Universidad de La Rioja y realizar los cursos preceptivos, me puse a analizar las más de seis mil palabras proporcionadas por el profesor García Turza. La idea inicial era analizarlas, todas ellas, desde el punto de vista filológico y médico. Pero

después de llevar un tiempo en dicho intento, creímos que la labor iba a llevar mucho más tiempo del que me podía permitir, por lo que decidimos, en consenso, analizar únicamente las palabras relacionadas con mi especialidad, por razones de idoneidad con mi experiencia.

Con este nuevo enfoque, llevé a cabo una expurgación, tras la que acabé seleccionando cerca de 700 vocablos relacionados, en mayor o menor grado, con la especialidad de la urología. No todas ellas son exclusivas de la especialidad, pero hay que tener en cuenta que cualquier proceso urológico presenta signos y síntomas que son comunes a muchos otros procesos de otros campos de la medicina.

Para entender esta idea, si nos centramos en un proceso tan típicamente urológico como el cólico nefrítico y nos fijamos exclusivamente en su aspecto sintomático, puede existir dolor, agitación, náuseas, vómitos, fiebre, escalofríos, sudoración fría, dolor testicular o en labios mayores, escozor miccional, polaquiuria, anuria, hematuria, orinas sucias, etc. Es decir, que la clínica y las patologías se imbrican con las de otras especialidades, como la cirugía general, dermatología, ginecología, radiología, oncología, etc.

Como explicaremos en el apartado de metodología, se iba encuestando a la población de toda La Rioja sobre conceptos diversos como parásitos (piojos, pulgas, garrapatas...), forúnculos (granos, ántrax, avisperos...), etc. y se iban recogiendo las diversas respuestas. Puedo atestiguar la existencia de muchas de ellas a lo largo de mis 40 años de profesión como urólogo en La Rioja.

Todo mi ejercicio profesional se ha desarrollado en el Servicio de Urología, del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro (HSP), que atendía a toda la población general de La Rioja, (Alta, Baja, Media, Cameros, e incluso zonas limítrofes como la Rioja Alavesa y la Ribera Navarra). Algunas urgencias de la zona de Alfaro y de la cuenca del Alhama eran atendidas primeramente en el Hospital de Tudela (Navarra), aunque después se remitía a los pacientes a nuestro servicio, para completar su tratamiento.

Desde su creación, en abril de 2000, el Hospital Fundación de Calahorra (HFC), al amparo de lo establecido en el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, atiende las necesidades de asistencia sanitaria especializada de la población de La Rioja Baja, que comprende casi una treintena de municipios agrupados en cuatro cabeceras de comarca: Calahorra, Arnedo, Alfaro y Cervera del Río Alhama. No obstante, en el HSP se continuaba asistiendo a pacientes de las anteriores comarcas, al ser este el hospital de

referencia de superior categoría. Por ello, he tenido un contacto estrecho con los hablantes de toda la Comunidad Autónoma de La Rioja y he podido constatar muchísimas de las palabras estudiadas en nuestro trabajo de todas las zonas geográficas.

Al ser natural de Nájera (La Rioja) y debido a mi conocimiento de la jerga médica (ya que mi padre fue practicante rural de Nájera, desde los dieciocho años hasta su fallecimiento), conocía previamente algunas de las palabras del estudio. Igualmente, durante mis estudios universitarios, siempre que he tenido ocasión, he acompañado en su trabajo al médico titular de Nájera. Por ello se entiende que durante toda mi vida he estado en contacto con los dichos populares sobre las enfermedades de la población riojana. Si, en relación con alguna patología concreta, he echado en falta alguna palabra específica de entre las recogidas en las encuestas, la he incluido, señalando este hecho en su caso.



# Capítulo



**Justificación**



## 2.1. JUSTIFICACIÓN

El interés y la justificación de la presente tesis doctoral está en la necesidad de comprender, dar a conocer y preservar un léxico patrimonial que, constituido en riqueza inmaterial de los hablantes riojanos, tiende a usarse progresivamente menos e, incluso, podría llegar a desaparecer. Al igual que lo que sucede con el léxico de los diferentes oficios y trabajos que, al adaptarse a los nuevos tiempos y al cambiar su forma de realización, deja de ser útil y se expone a su olvido, en el campo de la medicina sucede algo similar.

En tiempos pasados, cuando el nivel cultural de la población era inmensamente inferior al actual y no existía un acceso fácil a la información como el que ahora conocemos, las expresiones y el léxico médico vulgar era muy similar al empleado para hacer alusión a las patologías en el mundo ganadero.

En la relación médico-enfermo, siguiendo a Laín Entralgo (1964, pp. 300-1), la primera comunicación que se realiza entre ambos es la *mirada*:

«En un consultorio público o privado, en una sala de hospital o en otro lugar cualquiera, un médico y un enfermo se encuentran entre sí. ¿Qué sucede entre ellos? Por lo pronto —salvo excepciones fácilmente imaginables<sup>1</sup>— que mutuamente se miran. Lo cual nos obliga a considerar lo que en cuanto medio de comunicación médica es la mirada. Partamos de lo sabido y consabido: la mirada es ante todo un acto expresivo, una expresión. Mirando —a otro hombre, a una parcela del mundo exterior, al vacío—, yo puedo querer hacer muchas cosas, pero en todo caso hago una: manifestar, queriéndolo o no, lo que siempre soy (mi condición humana, mi personalidad) y lo que entonces estoy siendo (el estado de mi alma). Mi mirada me expresa, y lo hace porque mis ojos se han constituido ocasionalmente en centro vector de mi expresión».

En esta primera toma de *contacto visual*, el médico puede extraer una gran cantidad de información de su paciente: estado general y nutricional, sensación de mayor o menor gravedad del proceso, ambiente social y familiar, posibilidad de ser ayudado por

---

<sup>1</sup> Las excepciones principales a esta norma son dos: la exploración de un enfermo en coma y la relación con el enfermo ciego.

su familia en relación con un posible tratamiento, etc.; y el paciente, en relación con el médico, extrae de ese primer contacto visual la sensación de confianza o no, por su aspecto, su comportamiento social y humano, etc.

Con posterioridad, después de la mencionada comunicación visual, debe entablarse un contacto más profundo entre el médico y el paciente que conllevará que el médico pueda realizar un diagnóstico de la afección, causa que ha hecho posible y necesaria la toma de contacto de ambos, médico y paciente.

Una vez entablado este primer contacto, para que el médico pueda llegar a realizar un *diagnóstico*, necesita ser informado por el paciente o sus cuidadores, de los *síntomas* que padece y, como es natural, el paciente se expresa con las palabras que conoce, domina y con las que cree que el médico va a poder emitir un juicio diagnóstico. Por todo ello, es necesario que el médico, también deba conocer esas palabras que el paciente le trasmite.

Es en este proceso de diálogo entre ambos donde nuestro estudio alcanza su valor y fundamento máximo. Sin el conocimiento por parte del médico de este léxico vulgar, en numerosas ocasiones no se hubiera podido llegar a saber la sintomatología que presenta el paciente y, como consecuencia de ello, no se podría haber realizado el fundamental acto médico que constituye el diagnóstico.

Esta primera fase del diagnóstico se denomina *anamnesis*. Según el *DLE* (s. v., 1.<sup>a</sup> acep.), la voz procede del gr. *ἀνάμνησις* ‘recuerdo’ y consiste en recopilar y analizar toda la «información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico». Según el *Gran Diccionario Médico (GDM)*, p. 124)<sup>2</sup>, la anamnesis consiste en la recopilación, transmitida de viva voz por el paciente o por sus familiares, de todos aquellos datos y noticias que puedan guiar al médico al diagnóstico exacto del proceso patológico. Registrar una anamnesis minuciosa tiene en todos los casos una notable importancia: con respecto a ciertas afecciones en las que los datos objetivos son completamente negativos, puede constituir el único elemento de orientación hacia el diagnóstico.

Como se comenta en *Harrison* (Wilson, 1991, pp. 2-3), lo ideal es que la propia persona narre con sus propias palabras sus síntomas o molestias. Sin embargo, pocos pacientes tienen la capacidad de observación o la memoria suficiente para considerar

---

<sup>2</sup> En adelante, *GDM*.

todos los datos de su historia sin recibir orientación del médico, quien a su vez debe evitar sugerir las respuestas a las preguntas que él plantea.

Sucede con frecuencia, que los síntomas que son motivo de preocupación para el paciente son poco relevantes, mientras que una queja, al parecer menor, puede ser considerablemente importante. Aquí es donde, de acuerdo con *GDM* (p. 124), se revela como preciosa la intuición del médico, al cual le ha enseñado la experiencia, el camino más correcto para llevar a cabo la anamnesis. Deberá interrogar al paciente con el máximo cuidado y con la mayor atención, sin olvidar aquellos trastornos y síntomas que a primera vista pueden parecer triviales o irrelevantes.

El médico debe tener en cuenta que el enfermo, en ocasiones, y debido a un natural pudor, omite las noticias relativas a enfermedades que le causan vergüenza. Se aconseja que las preguntas en este sentido se realicen al final del interrogatorio, cuando por regla general el paciente ha establecido una corriente de confianza y simpatía por el médico, ya que el diálogo mutuo, brinda a este la oportunidad de establecer o reforzar aquel vínculo, que será la base de la relación médico-paciente. (*id.*; Wilson, 1991, pp. 2-3).

Como es lógico, las preguntas se expondrán de forma clara y desprovistas de términos científicos, que no todos comprenden. Algunas veces, la precisión de la historia clínica se ve afectada por barreras de orden lingüístico o sociológico, o bien por la perturbación de las facultades mentales que interfieren con la memoria o, en otros casos, por alteraciones de la consciencia que impiden al sujeto percatarse de su mal.

Existen tres preguntas clásicas que deben guiar la anamnesis: ¿Qué es lo que nota? ¿Desde cuándo lo nota? Y ¿a qué lo achaca? (Noguer Molins, 1976, p. 1). De las respuestas, el médico debe extraer lo esencial y, como hemos indicado con anterioridad, hacer preguntas dirigidas. El paciente debe tener la oportunidad de referir su versión de la enfermedad sin ser interrumpido y, cuando sea oportuno, deberá recibir del médico expresiones de aliento, interés y simpatía. (Wilson, 1991, pp. 2-3). Se intentará que el paciente esté relajado.

Además de la anamnesis reciente, debe realizarse la indagación personal fisiológica, desde su nacimiento hasta el momento actual, en relación con sus hábitos de vida y trabajo, excesos en cuanto a bebida, tabaquismo, sexualidad y hábitos alimenticios, y de otras eventuales complicaciones patológicas, sufridas por el paciente antes de la enfermedad actual, configurando el apartado de *antecedentes personales*. Ha de tenerse en cuenta que en muchas ocasiones la enfermedad actual no es más que la evolución o reagudización de un episodio precedente. (*GDM*, p. 125).

Igualmente, ha de llevarse a cabo un interrogatorio o *anamnesis familiar*, que interesa por diversos motivos, como el de descartar enfermedades de tipo hereditario que afecten a familiares y, sobre todo, para realizar medidas de tipo preventivo. (Wilson, 1991, pp. 2-3).

La anamnesis se debe recoger de forma cronológica y ha de orientarse hacia una patología concreta, que conducirá a la realización de los siguientes pasos diagnósticos, es decir, a la exploración, los análisis clínicos y las pruebas complementarias, con las cuales se debería llegar a un diagnóstico y pronóstico definitivo. Una vez precisado este, se procederá a realizar el oportuno tratamiento.

Es, de nuevo, en estos momentos previos a cualquier tratamiento, cuando el médico necesita conocer el léxico vulgar para poder transmitir a su paciente el estado en que se encuentra y la necesidad de llevar a cabo un tratamiento que, en última instancia, debe autorizar y consentir el paciente, firmando el *Consentimiento Informado*<sup>3</sup> (v. *Anexo V*).

En la actualidad y debido a la normativa vigente, por la denominada Ley de autonomía del paciente, el médico tiene que explicar todas las actuaciones posibles que se van a realizar, tanto diagnósticas como terapéuticas, con sus ventajas e inconvenientes, y el paciente, debe decidir qué actuación elige, manifestando que las ha entendido mediante la firma del preceptivo CI.

Para que sea plenamente legal, el CI debe ser explicado en su totalidad con términos comprensibles por el paciente, evitando tecnicismos si es preciso, de manera que decida libremente y con pleno conocimiento de entre todas las acciones terapéuticas posibles, con sus consecuencias favorables y sus efectos secundarios.

Es decir, siguiendo a Gutiérrez Rodilla (1998, pp. 15-20), el médico ha de adaptar su lenguaje al de su interlocutor, por lo que se hace necesario conocer su léxico y sus expresiones habituales. Es en estos momentos cuando la —por la autora denominada— *conciencia lingüística* se tiene que emplear en sentido contrario. Es decir, cuando un médico habla con sus colegas, lo hace de forma automática en la jerga técnica aprendida, que llega a convertirse en ese especial contexto en la más natural y útil. Sin embargo, para que un paciente pueda comprender su enfermedad, su posible evolución y la terapéutica que precisa, el médico debe dejar a un lado sus tecnicismos, aplicar la conciencia lingüística de forma inversa, descendiendo desde el nivel técnico a otros registros no jergales, como el estándar, coloquial o familiar. (*Ibid.*, p. 17).

---

<sup>3</sup> En adelante, CI.

Todos estos conceptos lingüísticos son necesarios para que la actuación médica sea, además de ética, legalmente correcta: En la asistencia sanitaria el CI debe entenderse como un proceso de comunicación e información entre el profesional sanitario y la persona atendida; proceso que culmina con la aceptación o negación por parte del paciente competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer los riesgos, beneficios y alternativas, para poder implicarse libremente en la decisión.

Según el documento de Riojasalud para la elaboración del CI (Veramendi [dir.], 2021), su objetivo es «aportar información en cantidad y calidad suficiente, para que el paciente competente pueda tomar decisiones respecto a su proceso» y con ello «garantizar el derecho de las personas a su autonomía y a su libertad en la toma de decisiones».

El CI debe contener, fundamentalmente, lo siguiente:

- a) naturaleza de la intervención: en qué consiste (qué se va a hacer).
- b) Objetivos de la intervención: para qué se hace.
- c) beneficios de la intervención: qué mejoría espera obtenerse.
- d) riesgos, molestias y efectos secundarios posibles (incluidos los derivados de no hacer la intervención).
- e) opciones posibles a la intervención propuesta.
- f) explicación breve del motivo que lleva al sanitario a elegir una y no otras.

Como estamos viendo, en el análisis del CI debe existir un diálogo entre médico y paciente para que este último comprenda su proceso patológico y, al finalizar la comunicación, sea capaz de firmarlo, con el requisito de haberlo comprendido.

Existen unos *condicionantes* que ha de cumplir el CI:

- 1) que sea entregado con tiempo suficiente para que pueda ser leído, discutido y aclarado, antes de solicitar su cumplimentación.
- 2) que sea explicado por el personal directamente relacionado con la técnica o tratamiento que seguir.
- 3) que sea específico para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico. Los formularios genéricos no son aceptables ni ética ni legalmente.

Por todo ello, ha de existir un modelo específico (v. *Anexos V, IX y X*)<sup>4</sup> para cada

---

<sup>4</sup> En los anexos V, IX y X se exponen los procesos más frecuentemente realizados en los servicios de urología, como son la resección transuretral de la próstata, la circuncisión y la vasectomía.

tipo de procedimiento diagnóstico o terapéutico concreto, por lo que su número es muy abultado.



# Capítulo



La urología como  
especialidad



### 3.1. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD

Siguiendo la definición aportada por el BOE núm. 261, de 1 de noviembre de 2006, Orden SCO/3358/2006, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Urología,

«La Urología es una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo en ambos sexos y del aparato genital masculino sin límite de edad, motivadas por padecimientos congénitos, traumáticos, sépticos, metabólicos, obstructivos y oncológicos».

Etimológicamente, el término urología (del griego *oûro(n)* ‘orina’ + *-logiā* ‘estudio’) es la disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de promover la salud de las vías urinarias, así como el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de sus enfermedades.

Dado que los riñones forman parte del aparato urinario, en teoría la nefrología puede considerarse como una rama de la urología. En la práctica, no obstante, suele distinguirse claramente entre la nefrología (que se considera especialidad médica) y la urología en sentido restringido (que se considera especialidad médico-quirúrgica); quienes lo hacen así, suelen utilizar el término *nefrourología* para referirse a la urología en sentido amplio. (*DTM*)

Más correcto sería el designar la especialidad como *uroandrogía*, debido a que, según Romero Aguirre «son tales las relaciones anatómicas y funcionales del aparato urinario y del genital masculino que su estudio tiene que hacerse conjuntamente en muchos casos. La encrucijada urogenital de la uretra posterior es punto donde radican enfermedades frecuentes de origen genital pero de sintomatología urinaria».

El mismo insiste en que pretender deshacer esta unidad de causa efecto sería vano intento, por lo que pudiera denominarse la especialidad como uroandrogía. (Romero Aguirre, 1977, p.15)

Como tal especialidad, la urología tiene su propedéutica, semiología, nosología y procedimientos específicos diagnósticos y terapéuticos, quirúrgicos, endoscópicos y por medios físicos.

Una visión integral de la urología incluye las siguientes áreas: andrología, urolitiasis, endourología, oncología, urología funcional femenina y urodinámica, uropediatría, trasplante renal y urología general, que estudia el resto de las entidades nosológicas.

Para atender las múltiples y variadas patologías, la urología utiliza procedimientos diagnósticos que son comunes a otras muchas especialidades y otros que son específicos, y cuya realización conlleva compromisos de aprendizaje y dedicación relacionados con los procesos urológicos.

Muchos de los conocimientos de esta disciplina serán comunes a otras especialidades como la cirugía general, la ginecología, la radiología o la nefrología. Otros son específicos de la especialidad y su aprendizaje, y precisan de una formación concreta en un servicio de urología, como la litiasis, endourología, oncología urológica, urodinamia, trasplante renal, etc.

La formación del *médico residente* (Lorenzo Gómez, 2002, pp. 77-79) en esta especialidad debe garantizar el correcto diagnóstico y tratamiento de la patología anteriormente descrita, así como de las posibles complicaciones que puedan acaecer. (Sánchez Rodríguez, 2009, p. 1).

Hasta llegar al estatus de especialidad médico-quirúrgica, desgajada e independiente de la cirugía, debido esencialmente a su complejidad, «nuestra disciplina ha tenido que nacer y atravesar una larga trayectoria, que arranca en las culturas mesopotámica y egipcia, en el Antiguo Oriente» (Borobia López, 1992, p. 15).

La urología como especialidad todavía tiene un largo camino por recorrer, como se ha demostrado en una encuesta realizada entre dos mil quinientas personas de cinco países europeos y presentada en la *Urology Week*, celebrada en Holanda a finales de septiembre de 2018: «el cuarenta por ciento de los encuestados no pudo identificar lo que hace un urólogo, y el cincuenta y cuatro por ciento de los hombres y el treinta y siete de las mujeres encuestados, erróneamente piensan que las mujeres tienen próstata» (EAU, 2018, p. 1).

## 3.2. INTRODUCCIÓN A LA HISTORIA DE LA MEDICINA Y LA UROLOGÍA

«Con la ayuda de otros  
y de pie sobre los hombros  
de quienes nos precedieron,  
así funciona la ciencia».

Juan de Salisbury (1159, *apud* Lorenzo Gómez, 2002, p. 13)

### 3.2.1. LA MEDICINA EN LA PREHISTORIA Y PUEBLOS PRIMITIVOS

La práctica del ejercicio de la medicina, según Castellanos (1996, pp. 9-10),

«no está atada a un dogma Científico, ni permanece anclada en el tiempo y que en la misma intervienen, queramos o no, factores de muy diversos tipos, científicos, sociales, económicos o políticos, que han hecho posible, con las limitaciones y matices que los mismos imponen, que nos encontremos en el momento brillante pero también contradictorio, donde hoy estamos instalados.»

Esta misma idea la comparte Laín Entralgo (1982, p. 677) en su *Historia de la Medicina*, quien manifiesta que:

«la configuración concreta del vario conjunto de saberes, actividades, hábitos e instituciones a que damos el nombre de “medicina” se halla inexorablemente determinada por cuatro momentos rectores, la ciencia (pura y aplicada), la economía (nivel de ella, modo de su regulación), la política (móviles y organización del poder en el Estado y en la sociedad) y la ética (actitud social y personal ante el problema de la licitud o la obligatoriedad de aquello que puede hacerse)».

Una historia de la medicina, como narración y exposición de los acontecimientos pasados y dignos de memoria, sean públicos o privados, quedaría muy aséptica y esquemática, por lo que deben estudiarse tanto los orígenes de la enfermedad como su evolución y sus cualidades históricas, a través de cada una de las épocas, así como las

circunstancias que en todo momento enmarcan el arte de la ciencia de la salud. (Fornés Ruiz, 1996, p. 7).

Siguiendo a Lorén (1975, pp. 10-15), la historia de la medicina no se debe reducir a una rememoración del pasado. Importa algo más que contar las cosas que pasaron, aun cuando el historiador sirva a la idea unamuniana de que «el pasado es el esfuerzo del presente para convertirse en porvenir» o, en un sentido pragmático, intente contestar a las preguntas: ¿de dónde venimos?, ¿qué somos?, ¿a dónde vamos? Requiere algo más, porque no se corresponde solamente con la historia de un conocimiento, de una sabiduría, interpretada de modo distinto a través de los tiempos, sino que también es la historia de los hombres que, dotados de estos conocimientos, lucharon contra la enfermedad, contra la muerte.

Por consiguiente, al lado de la historia de los saberes médicos, es preciso establecer también una secuencia histórica de la evolución de la profesionalidad médica. Igualmente, ha de incluirse la historia de la relación médico-enfermo, este *coloquio singular* que interfiere poderosamente en el prestigio de la medicina, en la eficacia de ésta y, por extensión en la significación que el médico ha de tener frente a sus semejantes y frente al juicio de la historia.

Como dijo Terencio Afro, *Homo sum, humani nihil a me alienum puto* (soy un hombre, nada humano me es ajeno), y seguramente es el médico el que menos puede permitirse el que nada humano le sea ajeno.

Por todo lo enumerado y dado que este estudio no puede, por su extensión, incidir en todos los apartados expuestos en el preámbulo, realizaremos un bosquejo histórico de los grandes acontecimientos históricos que han marcado los extraordinarios adelantos científicos que han llevado a conseguir la magnífica medicina de la que afortunadamente disfrutamos en la actualidad.

Es inmensamente difícil hacer una sinopsis de la historia de la medicina, ya que, como parte intrínseca de la historia de la humanidad, en ocasiones contiene capítulos crípticos, vividos por unos pocos protagonistas y con multitud de eslabones perdidos por descubrir.

No obstante, existe un *filum* en el concepto teilhardiano de esta palabra, que va desde la prehistoria hasta nuestros días sin interrupción, englobando la denominada *medicina evolutiva* y que, a modo de una cadena, de una manera más o menos dificultosa, nos hacen llegar a la medicina contemporánea.

Paralelamente a esta línea evolutiva central, existen episodios aberrantes que divergen del *filum* central, ligados a la historia de un pueblo o de una civilización concreta, muchos de ellos desaparecidos por completo en la noche de los tiempos, sin que la mayor parte de sus conocimientos, sirvieran para incrementar el acervo patrimonial de la medicina evolutiva.

A medida que se han ido descubriendo y estudiando las antiguas civilizaciones desaparecidas, se han encontrado valiosos hallazgos, excelentes aportaciones y asombrosas coincidencias científicas e ideológicas, aunque su contribución a cualquier progreso médico haya sido prácticamente nula.

El estudio de la historia de la medicina parte siempre de la medicina prehistórica, siguiendo con las medicinas no evolutivas: la medicina mesopotámica, la india, la china y la hebrea. La medicina egipcia enlaza con la alejandrina y esta con la griega, la romana, la medieval, la renacentista, la neoclásica y del barroco y de ahí, a la moderna.

La Medicina prehistórica comprende todas las razas y todos los pueblos primitivos, y cuando hablamos de pueblos primitivos, siguiendo a Albarracín,

«nos referimos al conjunto de pueblos surgidos allá en la era cuaternaria, en el Pleistoceno, a lo largo del Paleolítico y del Neolítico, de los cuales no poseemos documentos escritos y de cuya vida, costumbres y culturas sólo sabemos a través de los testimonios objetivos merced a su supervivencia. Pero, igual de primitivo fue el hombre del Pleistoceno como, dentro de lo que los germanos denominan *Naturvölker* (pueblos naturales), puedan serlo el bantú africano, el zande del Sudán o el actual apache». (Albarracín Teulón, 1987, p. 19)

La enfermedad humana aparece con el hombre, le es consustancial. Y como sucede ante cualquier fenómeno misterioso y extraordinario de su vida, como puede ser el nacimiento o la muerte, aquel hombre primitivo tuvo que enfrentarse a ella con un «conato de interpretación» (*id.*). La forma de afrontarla, desde que el hombre existe sobre el planeta, y el modo de ayudar médicamente al enfermo han ido evolucionando con el devenir de los tiempos.

Según Laín Entralgo (1982, p. 2), la primera forma de encarar la enfermedad es el *tratamiento espontáneo*, similar a la forma en que una madre protege en su regazo a su

niño dolorido. Con posterioridad se da el *tratamiento empírico*, esto es, la apelación a una práctica, solo porque en casos semejantes ha sido favorable:

«Siempre el saber médico ha tenido una de sus fuentes en ese modo de adquirir conocimientos valiosos y conquistar prácticas útiles a que solemos dar el nombre de “empirismo”; esto es, en el hallazgo fortuito o planeado de realidades nuevas, aspectos nuevos de realidades ya conocidas o nuevos comportamientos ante el mundo, sin que su descubridor —en un primer momento, al menos— haya intentado interpretarlos con un designio racional o teórico» (*ibid.*, p. 303).

Probablemente, la primera actitud semirracional fue el *empirismo*, es decir, la sujeción de la mente a las acciones habitualmente repetidas, sin realizar un esfuerzo por explicar el hecho acaecido, como sucediera al ingerir ciertas hierbas y comprobar que, al repetir este mismo acto, el cuerpo sufría una alteración, aunque no se pudiera interpretar lo sucedido (Albarracín Teulón, 1987, p. 19).

Junto al empirismo, la medicina primitiva, en general, está estrechamente ligada a la *magia* (*ibid.*, p. 21), representada por la existencia de aquellos magos, hechiceros o brujos que sabían tanto entablillar una fractura, la denominada *folk-medicina* o *medicina popular* (Lorén, 1975, pp. 55-56), como pronunciar conjuros para expulsar los malos espíritus para que con ellos desapareciera la enfermedad; es decir, unas veces utilizaban su sabiduría y experiencia, y cuando estas les fallaban o sobrepasaban, recurrían a explicaciones e invocaciones sobrenaturales.

Pero el soporte más importante del prestigio del mago, hechicero o chamán es la magia, apoyada esta en el *animismo* (*ibid.*, p. 21), doctrina médica descrita por Georg Ernst Stahl.<sup>5</sup>

Ya desde la prehistoria, la fórmula que hoy damos por buena, de «curar algunas veces, aliviar casi siempre y consolar siempre» (Arana Amurrio, 2015, p. 9) era válida para estos modelos de medicina.

Finalmente, se llega a la medicina *técnico-científica*, que resulta de la conjunción de

---

<sup>5</sup> La doctrina de Georg Ernst Stahl, médico y químico alemán de comienzos del siglo XVIII (Asimov, 1982, pp. 131-132) se expuso en su obra *Theoria medica* (1707), considerando el alma como principio de acción de todos los fenómenos vitales, tanto en los estados normales como en los patológicos, negando las implicaciones mecanicistas y las yatroquímicas (Ruiza, 2004), teoría defendida por Hermann Boerhaave (Asimov, 1982, pp. 132-133).



dos exigencias básicas: hacer algo sabiendo qué se hace y por qué se hace, y todo ello basado en el conocimiento racional.

Actualmente, existe una enorme curiosidad científica por saber cuáles fueron las enfermedades que padeció el hombre primitivo y por averiguar cómo se trataban. Siguiendo a Rodríguez Cabezas (1996, p. 13), la primera incógnita es lo que persigue la *paleopatología*, término acuñado, en 1913, por Marc Armand Ruffer (1858-1917) (Etxeberria, 2008, p. 149), por él definido como «la ciencia que ha podido demostrar la presencia de las enfermedades en los seres humanos y de animales procedentes de los tiempos antiguos» (Campillo, 1987, p. 27).

La paleopatología tiene como materia fundamental para su estudio e investigación los restos humanos, ya sean óseos, momificados, coprolitos, etc., y de igual modo, apoyándose en siluetas humanas o esqueléticas —encontradas en el suelo de algunos yacimientos arqueológicos—, o en la interpretación del arte prehistórico y en el denominado *arte mobiliario*, como tallas en piedras o huesos (Fotografía 1).



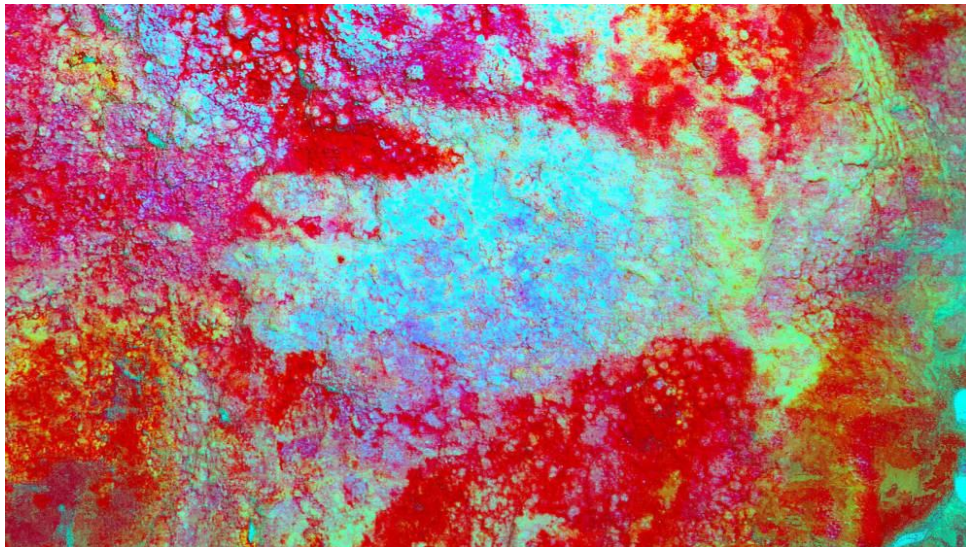
Fotografía 1. Arte mobiliario. Juguetes eróticos. Procedencia: Gorge d'Enfer (Francia). Fuente: Ordóñez (2012)

Son muchos los autores que consideran al denominado *Hombre de Java*, *homo erectus* o *pitcanthropus erectus*, como el *primer hombre*, que vivió hace un millón de años o tal vez más (Fontán, 1998, p. 8). Se descubrió en estado fósil, en Java, en 1889, por el médico militar holandés Eugene Dubois, y que presenta en su fémur izquierdo una gran exóstosis, lo que lleva a suponer a Campillo (1987, p. 28) que se trate de un

rudimentario «callo de consolidación de una fractura». Este autor considera que el *homo erectus* debe ser considerado como un auténtico hombre, ya que solo se diferencia del *homo sapiens* por su menor volumen cerebral (1000 c. c. por los 1200-1500 c. c. del *sapiens*) y algunas otras características morfológicas de menor envergadura.

No es mucho lo que sabemos de las enfermedades de estos antepasados y mucho menos de la forma de curarlas. Hasta hace poco tiempo, su estudio caminaba de la mano de la fantasía y lo que se admitía de manera concluyente se desvanece ahora, en virtud de nuevas argumentaciones.

En este sentido, veamos lo que se supone una de las primeras contribuciones del arte rupestre en la cueva de Maltravieso, Cáceres (Fotografía 2) y en la gruta submarina de Cosquer, al este de Marsella (Fotografía 3) las siluetas en negativo de manos y la sospecha de que los dedos que faltan corresponderían a *amputaciones traumáticas* (Rodríguez, 1996, p. 14).



Fotografía 2. Plantilla de mano con amputación de dedo meñique. Procedencia: Cueva de Maltravieso (Cáceres). Fuente: Rodríguez (2018)



*Fotografía 3. Plantilla de manos con falanges amputadas. Procedencia: Grotte Cosquer (Francia).  
Fuente: Porras Ferreyra (2018)*

Es en el campo de la traumatología donde el conocimiento es más abundante, debido a que la principal fuente para los estudios, son los restos óseos. La mayor parte de las veces se trata de *fracturas óseas consolidadas*, aunque no es posible establecer si la consolidación fue espontánea o con el concurso del hombre.

Donde ya se advierte la intervención humana del sanador, mago o sacerdote es en la *trepanación craneal* (Fotografía 4), considerada la intervención quirúrgica más antigua conocida (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 14; Arana Amurrio, 2015, p. 12).



*Fotografía 4. Trepanación craneal. Procedencia: Cova dels Xaragalls (Tarragona) Fuente: Campillo Valero (2011)*

El motivo de su realización nos es desconocido y posiblemente esté más relacionado con rituales mágicos o religiosos que curativos. (Lorén, 1975, pp. 57-77)

Según Laín Entralgo (1978, p. 5), la trepanación tenía dos finalidades: la quirúrgica, para evacuar materias reales o supuestamente acumuladas en la cavidad cefálica, y la mágica, para dar salida a entes nocivos que habrían penetrado en el cuerpo por algún maleficio.

En multitud de cráneos investigados, el tejido óseo que recubre la ventana operatoria indica que el paciente sobrevivió a la operación durante algún tiempo (Arana Amurrio, 2015, p. 12). Según Guillén Segovia (2015, p. 108), las pruebas radiológicas confirman la cicatrización y, por tanto, su supervivencia.

Cráneos trepanados se han encontrado en zonas geográficas extensas, distintas y distantes unas de otras, de hasta de 10.000 años de antigüedad, como en África (Collado-Vázquez, 2014, pp. 433-440), en América (Chile, México, Perú o Bolivia; Luis y Pucciarelli, 1996, pp. 71-76), en Siria, en el Paleolítico japonés y en el Neolítico europeo (Alemania, Ucrania, Checoslovaquia, Hungría, Francia, incluida la península ibérica; Rodríguez Cabezas, 1996, p. 14).

En España, la máxima incidencia de trepanaciones se da en las Islas Baleares, en Cataluña, en la comarca del Solsonés, en Alcoi (Alicante) y en Alcázar del Rey (Cuenca), donde en 1931, Barras de Aragón contabilizó nueve cráneos perforados, pero solo en dos de ellos, a juzgar por su descripción, puede asegurarse que se trataba de una trepanación (Campillo, 1993, p. 55).

Pero los hallazgos, según Rodríguez Cabezas (1996, p. 14), no han quedado reducidos a fracturas y trepanaciones craneales: se han observado numerosas malformaciones como microcefalias y macrocefalias, craneostenosis, impresiones basilares y acondroplastias, lesiones osteomielíticas, osteomas, exóstosis de crecimiento, improntas óseas de meningiomas (el caso más antiguo se registró en un niño *homo erectus* de hace 200.000 años, encontrado en Niza), aneurisma arteriovenoso craneoencefálico (un caso perteneciente al Eneolítico, descrito por Campillo [1993]), lesiones típicas de raquitismo y múltiples casos de la que Baudouin considera la enfermedad más vieja del mundo, la artrosis.

Ciñéndonos a La Rioja, y siguiendo a Cillero Ulecia (1975, pp. 40-42), entre los varios cráneos encontrados en las proximidades del poblado prehistórico de Nájera del cerro La Mota, aparece uno con la frente *huida*, que es descrito por el autor así: «carente

del plano frontal, por lo que siendo —lo creemos así— de la época del hombre de Neanderthal, lo denominamos “Homo Najerillense”»<sup>6</sup>.

En 1954, Ellis (*apud* Campillo, 1987, p. 27) encontró bacterias fosilizadas en rocas secundarias del Jurásico de hace 150 millones de años. Ello hizo suponer que el hombre también padeció enfermedades infecciosas y transmisibles, como zoonosis (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 14-15).

Nada sabemos de cómo se trataban las enfermedades, aunque podemos imaginar que el hombre imitaría a los animales lamiéndose las heridas o comiendo determinadas hierbas (*ibid.*, p. 16; Arana Amurrio, 2015, p. 11).

Algunas pinturas prehistóricas nos pueden ilustrar algo más en este sentido, como la encontrada en la Cueva de Les Trois Frères, en Francia (Fotografía 5) donde aparece una misteriosa figura, en parte pintada y en parte grabada, que representa un hombre danzando, con una cabeza de ciervo sobre la suya o una máscara, y que ha sido interpretada como la imagen de un chamán (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 16).



Fotografía 5. Pintura representativa de un chamán. Procedencia: Grotte des Trois Frères (Francia).

Fuente: Cantos (2015)

<sup>6</sup> Para más información, medidas craneales, etc., *cf.* Cillero Ulecia (1975, pp. 40-42). El paleopatólogo Domingo Campillo (*apud* Rodríguez Cabezas, 1996, p. 13) habla del volumen del cráneo del *homo erectus*, de un marcado saliente en el hueso occipital y de gruesas arcadas superciliares.

Ya en este primer capítulo sobre la historia de la medicina (y de la urología), no puede pasarse sin hacer referencia al apartado concerniente a lo uroandrológico de esta etapa prehistórica.

Sabemos que la verdadera historia de la urología comienza con la existencia de documentos escritos que hacen referencia a procesos mórbidos relacionados con el aparato urinario y genital masculino. Curiosamente, durante la época prehistórica más reciente, el Paleolítico Superior (aproximadamente, 40.000 a. C. - 12.000 a. C.), existen evidencias gráficas que revelan cómo entendía el hombre los fenómenos fisiológicos uroandrológicos (Figura 1 y Figura 2), así como los procesos patológicos en su organismo.



*Figura 1. Escena de precoito. Procedencia: Grotte des Combarelles (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al (2006, p. 261)*



*Figura 2. Escenas de coito frontal. Procedencias: (A) Cueva de los Casares (Guadalajara); (B) Grotte de la Marche (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 262)*

Las representaciones con «genitalidad expresa» (Angulo Cuesta, 2007, p. 845) permiten inferir el significado de la *erección* desde la mentalidad paleolítica e, incluso, la posible existencia de una cultura de *retracción prepucial* o de ritos de *circuncisión*. Patologías de índice uroandrológico como la fimosis, la parafimosis, la supuración, el priapismo e incluso la masa escrotal aparecen representadas en dicha época y constituyen los primeros indicios de lo que podemos denominar un *saber uroandrológico primitivo*.

Pocas figuras muestran los atributos sexuales claramente masculinos, es decir, la *verga* o la *bolsa escrotal*. Se tienen constatadas hasta la actualidad, en relación con este tema, en torno a 25-30 representaciones del Paleolítico. En la mayor parte de estos grabados y pinturas destaca el carácter *itifálico* o erecto del pene (*ibid.*, p. 847).

Se han descubierto imágenes escultóricas de penes aislados (Fotografía 6), que realmente constituyen bajorrelieves grabados en fragmentos rocosos desprendidos, procedentes del abrigo de Laugerie-Haute y de Sergeac, ambos en Dordogne y de cronología gravetiense<sup>7</sup> (Angulo Cuesta, 2006, p. 257).



Fotografía 6. Bloque de piedra con representación de falo. Procedencia: Abri de Laugerie-Haute (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 257)

<sup>7</sup> El periodo gravetiense es una fase de la cultura perigordienne de los *homo sapiens* que abarca, aproximadamente, entre el 28.000 a. C y el 20.000 a. C. (Garanger, 2002, p. 337).

En algunos casos, la erección es un determinante de importancia en la representación y puede considerarse su significado primordial (Figura 3 y Fotografía 7).



*Figura 3. Antropomorfos itifálicos de cronología magdaleniense. Procedencia (de izquierda a derecha): Grotte de Lascaux (Francia), Hornos de la Peña y Altamira (Cantabria). Calcos H. Breuil.*

*Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 259)*



*Fotografía 7. Antropomorfo itifálico sobre fragmento de rodete de cronología magdaleniense.*

*Procedencia: Grotte de Mas d'Azil (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 260)*

El reducido número de estas representaciones masculinas dificulta alcanzar una interpretación clara de su simbolismo (Fotografía 8)





Fotografía 8. Escena de caza. Procedencia: Grotte de Lascaux (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 266)

La más expresiva de ellas es una pequeña figura (Angulo Cuesta, 2007, p. 848), aparecida en el yacimiento francés de Laussel, en un estrato gravetiense (de en torno a 22.000 a. C.), de poco más de 35 centímetros de alto y 11 de ancho, realizada sobre caliza, con un miembro descomunal, conocida como el *Priapo de Laussel* (Figura 4). En ella, la erección y el tamaño del pene no deben valorarse desde el punto de vista anatómico, sino mejor desde un prisma simbólico de la masculinidad (Angulo Cuesta, 2006, pp. 258-259). La escultura presenta una figura humana con una verga acabada en punta, de dimensiones exageradas y una bolsa escrotal con los *testículos en asimetría*. La colocación de la verga no es anatómicamente correcta debido a que el sexo parece arrancar de la base de las extremidades inferiores. Las enormes dimensiones del órgano sexual y su incoherente posición anatómica llevan a centrar toda la atención del observador en el pene.



*Figura 4. Escultura conocida como el Priapo de Laussel. Procedencia: Abri de Laussel (Francia).  
Calco de J. P. Duhard. Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 258)*

Son escasas las representaciones en las que se aprecian rasgos explícitos, e incluso trastornos del pene y de los testículos. Algunos ejemplos muestran el aprovechamiento de formaciones de calcita para recrear el sexo masculino. (Fotografía 9)



*Fotografía 9. Estalactita pintada en ocre que remeda un pene. Procedencia: Cueva de Tito Bustillo (Asturias). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2007, p. 852)*

En ocasiones, una morfología *aparentemente fimótica* del pene, como la reflejada en la imagen superior, no representa necesariamente esta patología, sino simplemente el estado de flacidez peneana (Angulo Cuesta, 2007, p. 852).

Algo más numerosos son los ejemplos de representaciones del sexo masculino aislado, grabados en las paredes rocosas de las cuevas francesas de Fronsac, Bédeihac, Bara-Bahau, Les Combarelles y las españolas de Los Casares (Guadalajara) y Chufín (Cantabria). Su cronología es incierta, puesto que no proceden de estratos arqueológicos y porque los grabados son prácticamente imposibles de datar con certeza. Con todo, una aproximación cronológica los acerca a la época desde el periodo gravetiense al solutro-magdalenense<sup>8</sup> (*ibíd.*).

Mención explícita merece el *falo de Fronsac*, puesto que muestra una morfología peculiar (Fotografía 10) que pone en evidencia el hallazgo de trastornos o patología genital, que evidencia un *edema de prepucio*, como consecuencia de la estrangulación del anillo fimótico (parafimosis). Por ello, este puede constituir el primer registro gráfico de *enfermedad urológica*.



Fotografía 10. Falo de Fronsac. Procedencia: Grotte de Fronsac (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2007, p. 850)

Por otro lado, los *soportes muebles* con morfología fálica son algo más numerosos y también mucho más espectaculares. En algunos, la forma fálica va acompañada de grabados de animales o signos y parecen formar parte de un conjunto de utensilios u objetos que los expertos creen que podrían haberse empleado para la práctica del

<sup>8</sup> Estrechamente localizado en la zona franco-cantábrica, con un corto desarrollo, el solutrense está comprendido entre el 21.000 a. C. y el 18.000 a. C. (estratigrafía de Laugerie-Haute); en España, se prolonga hasta el 17.500 a. C. El magdalenense, en que comenzó la primera civilización europea occidental, comprende los años desde el 17.000 a. C. y 10.000 a. C. (Garanger, 2002, pp. 353-364).

onanismo (Sáez, 2011, pp. 8-9), conocidos antiguamente como *bastones de mando* y hoy como *bastones perforados*.

La muestra quizá más evidente se halló en la cueva francesa de Gorge d'Enfer (Fotografía 11). Se trata de un doble falo tallado en una asta de reno y en cada uno de ellos se muestra el glande y el meato uretral; mide 9,5 cm de ancho y 11,5 cm de alto. Aunque se trata de hipótesis, los investigadores creen que podría haberse usado para la masturbación femenina o el sexo anal.



Fotografía 11. Doble falo en asta de reno. Procedencia: Gorge d'Enfer (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2007, p. 850)

Como hemos mencionado, el escroto es menos patente que el falo en la mayoría de las representaciones, lo que dificulta su expresión tanto normal como patológica. Aun con todo, ya se ha señalado que la morfología variable de la bolsa escrotal queda manifiesta en diversos grabados y pinturas.

A excepción de una curiosa pieza de arte mueble, no existe constancia a día de hoy de que existan representaciones que manifiesten de forma evidente una patología escrotal o testicular. Se trata de la estatuilla conocida como *El hermafrodita* de Grimaldi (Fotografía 12). (Angulo Cuesta, 2005, p. 113).



Fotografía 12. Vista frontal y dorsal de *El hermafrodita*. Procedencia: Grimaldi (Italia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2005, p. 110)

El ejemplar tiene, como el resto, un pequeño tamaño (5 cm) y se esculpió en esteatita verde translúcida. Carece de rasgos de obesidad y reúne elementos tanto femeninos como masculinos. Destaca especialmente el vientre redondo y un *amasijo amorfo* en la región genital que recuerda una bolsa escrotal de tamaño enormemente desproporcionado y que el individuo sujeta con sus manos. Inicialmente, se consideró un hermafrodita de hábito femenino, con genitales externos masculinos, por lo que fue denominado *El hermafrodita* de Grimaldi.

Objetivamente, se trata de una figura que no tiene carácter expresamente femenino, puesto que carece de esteatopigia, pechos voluminosos o vulva patente, y que muestra una bolsa escrotal de dimensiones gigantescas, como si se tratara de una patología genital masculina ocupante de volumen (hidrocele, hernia, tumor o filariasis) evolucionada.

Muchas de las representaciones encontradas nos hacen pensar que el sexo no tenía solo un fin reproductor, como hemos visto en este tipo de representaciones artísticas mobiliarias de carácter fálico; posiblemente, se trate de instrumentos rituales o incluso masturbatorios o *dildos* (Sáez, 2011, pp. 8-10), como también se aprecia en las siguientes escenas (Figura 5, Figura 6 y Figura 7):



*Figura 5. Antropomorfo en actitud eyaculatoria. Procedencia: Ribeira de Piscos (Portugal). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 264)*



*Figura 6. Escena de bestialismo. Procedencia: Penascosa (Portugal). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 264)*



*Figura 7. Composición sexual de significado incierto (con falo posiblemente circuncidado). Procedencia: Cave de La Marche (Francia). Fuente: Angulo Cuesta, et al. (2006, p. 265)*

Todas estas representaciones no hacen más que confirmar la premisa de que, en palabras de Al Adib (2020, p. 39): «la sexualidad es un aspecto fundamental del ser humano desde que nace hasta que muere, que va evolucionando a lo largo de nuestra vida, además de encontrar tantas sexualidades como personas...».

Una representación actual y de continuidad temática podrían ser los modernos *grafitis* con penes y vulvas, extendidos por muros, árboles de parques, etc. (Fotografía 13), que confirman que la sexualidad es un aspecto fundamental del ser humano y que, en opinión de Lombo Montañés (2014, p. 112), «el día que los niños y los jóvenes dejen de hacer esto, nuestra especie habrá perdido el impulso creativo que nos hizo humanos hace 35.000 años. Esta espontaneidad creativa se mantiene inalterada en lo más hondo de la naturaleza humana y no puede ser controlada».



*Fotografía 13. Grafiti sobre puerta metálica. Procedencia: Logroño (La Rioja). Fuente: fotografía del autor*

### **3.2.2. LA MEDICINA MESOPOTÁMICA**

Un breve repaso geográfico nos recordará que Mesopotamia —según su etimología, país entre ríos, el Tigris y el Éufrates— albergó unas civilizaciones agrícolas y ganaderas prósperas, con grandes ciudades-estado como asentamiento, Sumer, Ur, Acad, Babilonia y Nínive (Lorén, 1975, pp. 63-64), que crearon lo que ha venido en llamarse *cuna de la civilización* (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 2 2), escenario de

sucesivos acontecimientos que abarcan un periodo de unos cuatro a cinco mil años (Flores Guerrero, 1988, pp. 24-25).

Siguiendo a Lorén (1975, pp. 64-65), los primitivos habitantes de Mesopotamia, que crearon una civilización asombrosamente madura, fueron los *sumerios*.

Posteriormente, los sumerios fueron invadidos y colonizados por unas razas semitas que, finalmente, acaudillados por un pastor de un pueblecito llamado Acad, se alzaron contra ellos, instituyendo el Imperio acadio; en convivencia con los sumerios, dieron lugar a la civilización babilónica, considerada la más madura y más culta de todas las civilizaciones mesopotámicas. Ulteriormente, las razas semitas, rechazadas en parte por los pueblos sumerios, emigran hacia el norte y, por su relación con la ciudad de Asir, toman su nombre como civilización asiria. Es en ella donde cristaliza toda la historia de Mesopotamia.

Era una sociedad guerrera, cruel, expansionista, por lo que con sus hazañas bélicas constituyeron una amenaza permanente para los pueblos limítrofes y aun para los más lejanos, incluyendo Egipto y la India. Sus ansias de poder llevaban el germen de su propia destrucción. Los escitas y medos destruyeron Nínive, la última ciudad asiria denominada en la Biblia *madriguera de leones*.

En Mesopotamia, y siguiendo a Rodríguez Cabezas (1996, pp. 22-24), hace unos cinco mil años, se utilizó por primera vez un sistema de escritura, la *escritura cuneiforme*, que se realizaba en tablillas hechas de arcilla; luego siguieron los descubrimientos de la rueda, el arco y el sistema sexagesimal.

En Sumer, entre las ruinas de la ciudad de Nippur, se encontró lo que bien podemos considerar la *primera farmacopea del mundo*, conservada en el Museo de la Universidad de Filadelfia. Se trata de una pequeña tablilla de arcilla (16 x 9,5 cm) donde están escritos, con caracteres cuneiformes, los nombres de docenas de remedios vegetales, animales y minerales.

Para los médicos asirio-babilónicos, la enfermedad podía deberse a un castigo de los dioses, como expresión del pecado, o a causas no sobrenaturales. Varios dioses estaban encargados de estos asuntos: Ninib era el dios de la salud; Ningishzida, el dios salvador, a quien se le representaba como una serpiente bicéfala. Los demonios estaban comprometidos con diferentes males: Tin era responsable del dolor de cabeza; Namtaru, del de garganta; Nergal, de la fiebre; el Séptimo Espíritu era tan perjudicial que hacía que se evitara tratar a los enfermos en los días divisibles por siete.



Los médicos pertenecían a la casta sacerdotal y estaban clasificados en tres categorías, descritas en unas tablillas descubiertas en las minas de Nínive y conocidas como la *Biblioteca del rey Asurbanipal*. Existían unos médicos, cuya palabra era sagrada, encargados de pronunciarse sobre la causa y la evolución de la enfermedad, conocidos como *baru*. Otros estaban encargados de invocar a los demonios para que abandonasen el cuerpo del enfermo-pecador, los *ashipu*. Finalmente, los *asu* eran los médicos prácticos.

Estos podían estar auxiliados por ayudantes laicos cualificados, como los *gallubu* (barberos) o las *mushenigtu* (nodrizas).

El momento del parto, según Yuste (2010, p. 39),

«estaba impregnado de misterio y de magia. La comadrona llevaba a cabo el ritual: cubría la cabeza de la parturienta con un paño y trazaba un círculo de harina a su alrededor, mientras entonaba plegarias y rezos. El médico actuaba si el alumbramiento se presentaba difícil. Inmediatamente después, la madre y el niño seguían recibiendo los cuidados de esta especialista»

Las prácticas quirúrgicas, sigue relatando Yuste, datan del 3.000 a C. Los *cirujanos* ocupaban un nivel social parecido al de otras actividades manuales, por debajo de los *asu* y los *ashipu*.

Durante uno de los periodos más fructíferos de esta civilización y bajo el gobierno de Hammurabi (1792-1750 a. C.), en la ciudad de Babilonia, se llegan a regular por primera vez en la historia, los honorarios y obligaciones de los médicos y cirujanos, reflejados en el conocido como *Código de Hammurabi*, descubierto en la ciudad de Susa (Elam), en diciembre de 1901 (Lara Peinado, 2005, p. 127).

Mandado redactar por el rey de Babilonia Hammurabi, en 1750 a. C., el *Código* está grabado en una estela de diorita negra, de forma fálica, de 2,25 m de altura por 50 cm, en su zona más ancha. En la zona superior está representado Hammurabi en bajorrelieve, de pie, delante del dios solar de la equidad, Shamash. Debajo aparecen, inscritos en caracteres cuneiformes, las leyes que regían la vida cotidiana.

Las leyes y normas, numeradas del 1 al 282 (aunque faltan los números 66-99 y 110-111), fijan diversas reglas de la vida cotidiana. El Código de Hammurabi (Arana Amurrio, 2015, pp. 16-17) es uno de los conjuntos de leyes más antiguos que se han

encontrado y uno de los ejemplares mejor conservados de este tipo de documentos de la antigua Mesopotamia.

En lo concerniente a la actividad médica recoge en nueve normas básicas tanto los honorarios que debían de abonarse como las penas que tenían que sufrir en caso de mala praxis. Algunos artículos sobre la profesión médica son claramente demostrativos (Yuste, 2010, p. 39):

— Ley 215. Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha curado a ese señor o (si) ha abierto la cuenca del ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha curado el ojo de ese señor, recibirá diez siclos de plata.

— Ley 216. Si es (practicada en) un hijo de un subalterno recibirá cinco siclos de plata.

— Ley 217. Si es (practicada en) un esclavo de un señor, el propietario del esclavo dará dos siclos de plata al médico.

— Ley 218. Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte de ese señor o (si) ha abierto la cuenca del ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha destruido el ojo de ese señor, se le amputará la mano.

— Ley 219. Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en el esclavo de un *awilum* (hombre libre), con una lanceta y le ha causado la muerte, entregará otro esclavo equivalente.

— Ley 220. Si ha abierto la cuenca de su ojo con una lanceta de bronce y ha destruido su ojo pagará en plata la mitad de su precio.

— Ley 221. Si un médico curó un miembro quebrado de un hombre libre, y ha hecho revivir una víscera enferma, el paciente dará al médico cinco siclos de plata.

— Ley 222. Si es a un hijo de un subalterno (*awilum*), le dará tres siclos de plata.

— Ley 223. Si es a un esclavo de un hombre libre, el amo dará al médico dos siclos de plata.

— Ley 226. Si un cirujano, sin autorización del dueño de un esclavo, ha sacado la marca de esclavo inalienable, se le cortarán las manos.

— Ley 227. Si un hombre engañó a un cirujano y si él (el cirujano) ha sacado la marca del esclavo inalienable, este hombre será muerto en su puerta y se le enterrará. El cirujano, que no ha actuado a sabiendas, jurará y será libre.

Los médicos mesopotámicos, según Rodríguez Cabezas (1996, p. 24), para realizar el *diagnóstico* del enfermo, además de observar sus *síntomas*, a veces lo sometían a un *interrogatorio* ritual exhaustivo para tratar de adivinar el pecado causante de la enfermedad o bien realizaban con gran detenimiento la *hepatoscopia*, examinando con detalle el hígado de animales sacrificados, porque en el hígado debía residir la vida, ya que de allí sale la sangre.

Dentro de las *actuaciones preventivas* —continúa el autor—, llama la atención el aislamiento riguroso al que sometían al enfermo para evitar que el espíritu maligno se transmitiera a otras personas. En las enfermedades infecciosas esta actitud resultaba muy beneficiosa para la salud pública.

En cuanto al *tratamiento*, recurrían a diferentes invocaciones mágicas, junto con la aplicación de múltiples remedios naturales. Algunos médicos resultaron ser grandes expertos en la curación de heridas, en la reducción de fracturas, taponamientos nasales e incluso en operación de catarata (*id.*).

Como iremos refiriendo en varios momentos de esta historia de la medicina, la especialidad de urología no existía como tal, a pesar de que se realizaban procedimientos médicos y quirúrgicos que deben incluirse en el campo urológico, como los referidos por Fredotovich (2005, p. 4) donde los asu ya realizaban *castraciones profilácticas* a los esclavos al servicio de las mujeres principales, para evitar sus relaciones sexuales y especialmente los embarazos<sup>9</sup>.

Basándonos en las descripciones de las tablillas de la *biblioteca del rey Asurbanipal*, donde los médicos recogen sus prescripciones y las rubrican poniendo un sello laudatorio con su nombre al pie (Arana Amurrio, 2015, p. 15), se puede afirmar que tuvieron que tratar diversas uropatías, como *afecciones de los órganos genitales*, sin hacer consideraciones etiológicas, *enfermedades venéreas*, como la *blenorragia*, que era identificada por el aspecto y consistencia de la orina (blancuzca, espesa, con posos o parecida a la orina de asno), junto con otros síntomas concomitantes, como dolores de

<sup>9</sup> Con la castración se evita el embarazo por la ausencia de espermatozoides, pero la capacidad de erección puede mantenerse intacta y el instinto sexual no desaparece necesariamente, por lo que sí podían tener relaciones sexuales con las mujeres principales (Coolsaet, 1999, p. 118).

pene, retención de orina, sangrado postmiccional, picores y punzadas locales, espermatorrea, impotencia y supuración constante (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 10-11).

Más propiamente urológica es la que llamaban *estrangulación del conducto* (estenosis de uretra) y cabe pensar que, según afirma Labat<sup>10</sup> (*apud op. cit.*, p. 10), «es posible que hubiesen observado relaciones que podían existir entre esta afección y la hipertrofia de la próstata, pues un texto sugiere la posibilidad de un tacto rectal antes de establecer el tratamiento».

Los cirujanos prácticos no osan acometer intervenciones en las vísceras internas del cuerpo por miedo al castigo impuesto por el código de Hammurabi, muy severo con la *mala práctica*. (Parra Sepúlveda, 2014, *Evolución histórica*, §1). En cambio, en opinión de Ayuso Arroyo (1992, p. 11), sí se atreven a aplicar *inyecciones en la uretra* con un tubo de bronce por cuya boca soplan fuertemente, para tratar los cálculos y las arenillas. También recurren a enérgicas fricciones y repetidos *lavados de los genitales* con agua de rosas o con sustancias medicamentosas a base de goma *assa-foetida*, mirra, gálbano, llantén, estoraque, alumbre, cáscara de huevo machacado y aceite.

Sea como fuere, la cultura asiria-babilónica irradió su influencia en todos los campos del saber a otras muchas civilizaciones. Entre los años 1363-627 a. C., los asirios dominaban Irak, Siria, Líbano, Israel, Palestina y parte de Irán y de Turquía (Yuste, 2010, p. 29).

### 3.2.3. LA MEDICINA HEBREA ANTIGUA

Para comprender las relaciones del pueblo hebreo con la enfermedad, nos tenemos que basar en el estudio de los textos del Antiguo Testamento (siglos X-II a. C.), del Nuevo Testamento (siglos I-II d. C) y del Talmud (siglos II a. C.-IV d. C.), según Rodríguez Cabezas (1996, p. 25).

Los dos primeros textos están incluidos en lo que literariamente se conoce como la Biblia, y a pesar de no ser, obviamente, ningún tratado de medicina, sus relatos proporcionan amplia información respecto a la estructura del cuerpo humano, sus lesiones y enfermedades, con sus correspondientes curas y, sobre todo, respecto a las normas preventivas e higiénicas. El Talmud, por su parte, recopila los diferentes saberes

---

<sup>10</sup> René Labat, en el *Traité Akkadien de diagnostics et pronostics médicaux* de 1951, transcribió y tradujo al francés los textos que consiguió recuperar a partir de las 40 tablillas conservadas, con más de 5000 líneas, que componían originalmente este tratado.

del pueblo hebreo, contando con numerosas aportaciones en el campo de la medicina (García Pérez, 1987, p. 81).

La medicina hebrea, siguiendo a Lorén (1975, pp. 81-83), está situada también fuera de la evolución y de la continuidad histórica. Es verdad que podríamos encontrar en ella las raíces culturales, ideológicas y religiosas de aquella medicina teúrgica sacerdotal de los pueblos semíticos mesopotámicos, que posteriormente constituyeron este *complejo religioso racial* que se denominó pueblo hebreo.

Este pueblo *escogido por Dios* tuvo desde sus orígenes una configuración y un modo de ser especial, lo que ha hecho que la historia de la humanidad esté repleta de capítulos dramáticos, de diásporas, de pogromos, de afecciones fanáticas e incomprensiones, que han hecho de este pueblo una colectividad marginada, pero que, sin embargo, siempre está presente en grandes acontecimientos de la humanidad, encabezados por figuras como Jesucristo, Einstein, Marx o Freud.

El pueblo hebreo, continúa el autor, acuñó el concepto de la enfermedad considerada como culpa y pecado que hay que purgar por medio del sufrimiento, de la miseria y del dolor, idea que se ha transmitido hasta nuestros días por la tradición judeocristiana. Hay varios pasajes en el Antiguo Testamento que relacionan, de alguna manera, la enfermedad con el pecado, como sucedió con el hijo de David y Betsabé, que enfermó gravemente y murió a causa del pecado de adulterio de sus padres (2 S, 12); o con los hermanos de Moisés, María y Aarón, que fueron castigados con una enfermedad de la piel por murmurar contra Moisés (Nm, 12). La práctica del aislamiento de los enfermos y el descanso del sábado fueron heredados de la medicina mesopotámica.

En opinión de García Pérez (1987, p. 81), la diferencia entre la mentalidad hebrea y la mesopotámica, en cuanto a la génesis de la enfermedad, es que en la primera no existía la creencia en los malos espíritus o demonios: Jehová era el único administrador de la salud, individual y colectiva (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 25). Algunas citas bíblicas dan prueba de ello: «Y el Señor apartará de ti toda enfermedad; y no pondrá sobre ti ninguna de las enfermedades malignas de Egipto que has conocido, sino que las pondrá sobre los que te odian» (Dt, 7:15); «Él es quien perdona todas tus iniquidades, el que sana todas tus dolencias» (Sl, 103:3)<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Todas las citas bíblicas están extraídas de la versión online Biblia Reina Valera 1960: <https://www.biblia.es/biblia-online.php>

### 3.2.4. LA MEDICINA INDIA

Las concepciones de la medicina india, que en su conjunto se conoce como *ayurveda* (conocimiento de la vida), se caracterizan por incorporar una gran cantidad de observaciones sobre el organismo humano, sus enfermedades y su tratamiento, interpretándolas mediante doctrinas racionales que relegan a un segundo término los elementos mágicos y religiosos, aunque no pueden evadirse de los pensamientos filosóficos, similares a los que guían la dinámica de la vida, y que están regidos por el enfrentamiento entre el bien y el mal, representados en el hinduismo por la lucha eterna entre Visnú y Siva (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 32).

La base mágico-religiosa de las artes sanatorias es más evidente en las primeras épocas, que han dado en llamarse de *medicina védica* (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 17-18).

Gracias a su escritura, el *sánscrito*, y a su colección de documentos, los Vedas (*veda* es igual a conocimiento o sabiduría), referentes a la medicina india (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 32) de entre los cuales, los más antiguos son el *Rig Veda* (1500 a. C.) y el *Ayur Veda* (700 a. C.) nos permiten tener conocimiento acerca de normas de orden ético y médico de dicha civilización.

Fue Sushruta, médico que vivió entre los siglos VI- V a. C., quien analizó toda la doctrina médica en ellos contenida, con sus máximas y preceptos, pletóricas de intuiciones geniales y de cotidianas actuaciones médicas (Lorén, 1975, p. 74).

Sus enseñanzas fueron conservadas en el tratado llamado *Sushruta Samhita*, en que describió varias técnicas quirúrgicas; en él habla de sus propias experiencias y así nos enteramos de que relaciona, adelantándose en algunos siglos, las *fiebres cíclicas* con la existencia de zonas pantanosas, propias del concepto actual de la *fiebre malaria o paludismo*. Describe cómo se diagnosticaba al diabético, por el sabor dulce de su orina, adelantándose con ello dos mil años a la medicina europea.

Alrededor de setecientos fármacos fueron descritos por Sushruta (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 32). Por ejemplo (Sushruta, 1907, pp. 418-468), para neutralizar los efectos de dos venenos diferentes en el organismo se debe tomar orina de asno. Es fuerte, de agradable sabor, y ha demostrado ser curativa en casos de disentería crónica. Es un vermífugo. La orina de camello resulta beneficiosa en casos de lepra, edemas, hidropesía abdominal, demencia, gusanos en los intestinos, hemorroides y enfermedades debidas a la acción de un *humor vaiu* desquiciado. La orina humana es un potente antiveneno.

Entremezcladas entre sus casi adivinaciones o intuiciones geniales están sus aforismos (Lorén, 1975, p. 74), de los cuales destaca el que dice: «el médico que sólo sabe medicina y no conoce nada del hombre es como un asno cargado de sándalo, que no sabe absolutamente nada de la riqueza de la carga que conduce».

Sin embargo, y siguiendo a Lorén, no es Sushruta un médico en toda la acepción de la palabra, ya que en otra parte de su doctrina recomienda: «cuando veas a un enfermo que tose, que adelgaza, que tiene fiebre y que a veces al toser escupe sangre, abandónalo, porque no lo vas a curar y puede contagiarte».

A pesar de lo anteriormente expuesto, la medicina hindú tuvo unas grandes limitaciones en su desarrollo y progreso, y sus aportaciones se limitaron a prácticas cotidianas de folk-medicina, basada en conocimientos de botánica, muchas de las cuales han pasado, a lo largo de los siglos, desde la medicina hindú a la árabe y europea, aunque aplicadas de una forma sintomática y empírica, con actuaciones tópicas y cirugía artesanal, reducida a la traumatología (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 34).

No obstante, se tienen noticias y testimonios paleopatológicos de la gran habilidad de los cirujanos hindúes en oftalmología (cataratas) y singularmente en cirugía plástica (rinoplastia). Todavía se estudia en las facultades de medicina el *injerto indio* (Lorén, 1975, p. 75), que es una forma de reparación plástica por medio de injertos pediculados sucesivos, hasta llegar a la zona por reparar.

El origen de esta pericia se debe a la gran cantidad de reconstrucciones de nariz (rinoplastia) femenina cortada, debido a la existencia de una ley que sancionaba con la sección de la nariz a las mujeres adúlteras y otras trasgresiones.

Crearon técnicas quirúrgicas para corregir el labio leporino, las hernias, los cálculos vesicales y la cesárea, que se hacía con gran precisión.

Los médicos pertenecían a la casta sacerdotal o brahmanes, y más tarde a castas de segunda o tercera clase.

Comenta Rodríguez Cabezas (1996, p. 34) otro de los aforismos de Sushruta: «solamente la unión de la medicina y la cirugía conduce al médico completo. El médico que no conoce una de estas ramas es como un pájaro que sólo tiene un ala». Su enciclopedia, *Sushruta Samhita* es uno de los textos clásicos de la medicina ayurveda; fue traducido al árabe en el siglo VIII y al inglés en 1903 (K. K. L. Bhishagratna, 1903).

En cuanto a los procesos morbosos urogenitales (Ayuso Arroyo, 1992, p. 17), en la obra de Sushruta se encuentran descripciones que permiten pensar que la hipertrofia de

próstata era conocida por el médico indostaní y era experto en *talla vesical* u *operación de la piedra*.

Es justo resaltar que la medicina clásica india ha sido decisiva en los demás países del Extremo Oriente asiático, conduciendo a la aparición de variantes en Japón, Indochina y Tíbet. A la propia Europa ha llegado dicho influjo desde muy antiguo, expresándose a nivel popular en la difusión del *yoga indio*.

### 3.2.5. LA MEDICINA EN LA ANTIGUA CHINA

La medicina clásica ha persistido en China a través de los siglos y ha convivido hasta hoy en armonía con la medicina científica europea. Sin duda, el régimen comunista ha colaborado en este sincretismo y algunos de sus métodos, la acupuntura, ha sido incorporado en nuestro entorno.

Su medicina, a semejanza de la hindú, se basa en la observación del organismo humano y sus enfermedades, interpretándolas bajo doctrinas racionales y filosóficas, alejándose de los elementos mágico-religiosos (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 35).

De esta medicina se conservan varios textos; los más antiguos son el *Fu Hsi* (2900 a.C) con representaciones del del Yang-Yin, el *Pen-Tsao* (2800 a.C) que expone los efectos de 365 fármacos, siendo el más importante, el *Nei-King*, que se atribuye al emperador Huang-Ti. En él se refleja el concepto de salud-enfermedad y una minuciosa interpretación del pulso y de la acupuntura (*id.*).

La noción de salud-enfermedad es similar al concepto religioso del taoísmo, doctrina difundida por Lao-Tse en el siglo V a. C. por la que al fin último, inmutable y eterno, el Tao, se llegaba por medio de la lucha entre dos principios opuestos: el Yang, que representa lo cálido y seco, el cielo, la luz, lo masculino, lo positivo; y el Yin, que simboliza lo frío y húmedo, la tierra, la oscuridad, lo femenino, lo negativo. Ambos se distribuyen en el organismo a través de unos canales y cuando se altera el flujo del Yang y del Yin, sobreviene la enfermedad.

Para llegar al diagnóstico se recurría a la anamnesis, a la observación, a la auscultación y exploración del pulso (*ibíd*, pp35-36).

En la china clásica no estaba bien considerado explorar a las mujeres, por lo que estas señalaban al médico la localización de sus dolencias en unas estatuillas de marfil o *diagnostic doll* (Fotografía 14) (Lorén, 1975, p. 76).





Fotografía 14. Escultura de una diagnostic doll de marfil. Procedencia: China. Fuente: Lacasta (2016).

El tratamiento consistía en combinaciones complejas de alimentos, de acuerdo con sus distintas proporciones de Yin y Yang, y de diferentes sustancias medicamentosas, procedentes de los reinos animal, vegetal o mineral (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 36).

Entre las vegetales destacan la *efedra* o *cola de caballo*, la actual *efedrina*, como calmante de la tos y el *ginseng*, raíz usada para prolongar la vejez y recuperar la potencia sexual (indicaciones mantenidas actualmente con mucha aceptación) (Bassas, 1994, p. 480).

Entre los últimos, destaca el uso de derivados del arsénico y del mercurio, para afecciones cutáneas y del hierro en las anemias.

Si algo ha hecho popular la antigua medicina China han sido sus dos métodos empleados para recuperar la armonía ente el Yin y Yang: la *moxibustión* y la *acupuntura* (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 36-37).

La primera consiste en quemar unos montoncitos de hojas de artemisa, desecadas al sol, dispuestas en lugares concretos de la piel. Con las quemaduras o *moxas* se pretende una respuesta sistémica, por lo que deben situarse en los lugares predeterminados, según unos *mapas anatómicos*.

La acupuntura consiste en la introducción de unas finísimas agujas en los hipotéticos canales o Chin. Su práctica es complicada, ya que existían más de trescientos setenta y cinco puntos de acupunción y una gran cantidad de combinaciones entre ellos. La técnica ya se encuentra descrita en el Nei-King y ulteriormente fue perfeccionándose

hasta que, en el siglo III de nuestra era, aparece el texto clásico de Kiayi-King, que continúa siendo la obra predilecta de los actuales acupuntores.

La doctrina de Confucio, muy extendida en China, imponía la obligación moral de mantener el cuerpo intacto, por lo que la cirugía estuvo muy limitada (*ibid.*, p. 38).

Fueron los chinos los iniciadores de la *variolización* en el campo de la *medicina preventiva*, al inocular costras de pústulas variólicas por las fosas nasales de los hijos del primer ministro, Wang Tam, en torno a los años 1023-1069 (Albarracín Teulón, 1987, p. 77).

En cuanto a las cuestiones genitourinarias, se conocían distintas uropatías y enfermedades venéreas masculinas, tratadas con recetas de compleja elaboración, así como con secuencias de acupunción y moxibustión (Ayuso, 1992, pp. 16-17).

Dentro de este campo, se encuentran algunas afirmaciones pintorescas, como ocurre en el seno del taoísmo, donde se piensa que un solo coito acorta la vida un año, pues se creía que la *esencia vital* o esperma se formaba en el cerebro, descendiendo a la vejiga. Si no era expulsado (*coitus conservatus*)<sup>12</sup>, volvía a su lugar de origen, y se podía utilizar indefinidamente (*id.*).

### 3.2.6. LA MEDICINA EN EL ANTIGUO EGIPTO

El valle del Nilo, maravilloso y único, dio lugar a un país de excepción. Los antiguos egipcios, que dominaron tantas ramas del saber, desarrollaron de un modo especialmente brillante la medicina (Costa, 1987, p. 61).

Esta cultura se inicia alrededor del 3000 a. C. y mantiene su primacía prácticamente hasta poco antes de la Era Cristiana, cuando Alejandro Magno conquista Egipto entre el 336 y el 331 a. C. Tras su muerte, en el año 323 a. C., comienza el fraccionamiento de su vasto imperio (Costa, 1987, p. 61).

---

<sup>12</sup> La retención de semen es uno de los pilares de la práctica sexual taoísta y existen varios métodos prescritos de control eyaculatorio.

Para evitar la eyaculación, el hombre puede retirarse inmediatamente antes del orgasmo, método bautizado por Joseph Needham (1983) como *coitus conservatus*, o puede aplicar presión con sus dedos en una zona localizada entre el ano y el escroto, provocando una *eyaculación retrograda*; otro de los métodos, el más sofisticado, puede utilizarse tras un disciplinado entrenamiento con la separación de la *eyaculación* y la *contracción orgásmica* (la contracción de los músculos de la pelvis que incitan a la próstata a eyacular).

Las fuentes de información sobre su saber médico se basan esencialmente en los *papiros*, en los *ostraca* o fragmentos de cerámica o caliza, en sus *momias* y en el Antiguo Testamento.

El descubrimiento de la *Piedra Rosetta*, denominada así por el lugar donde fue descubierta en 1799, durante la conquista de Egipto por Napoleón, permitió a Champollion (1790-1832) traducir los jeroglíficos egipcios, gracias a su triple grabación, realizada en caracteres demóticos, griegos y jeroglíficos egipcios (Lorén, 1975, pp. 88-89). Este hito ha permitido, según Rodríguez Cabezas (1996, pp. 29-30), descifrar toda la documentación transmitida por el pueblo egipcio en sus papiros. De ellos, destacan especialmente los siguientes: los papiros de Lahun (también llamados erróneamente de Kahun), encontrados en el año 1889 en el poblado de Lahun y datados hacia el año 1800 a. C., al final de la dinastía XII del Imperio Medio, que tratan de las enfermedades de la mujer; los de Smith, sobre técnicas quirúrgicas y los de Ebers, verdadero tratado de terapéutica, sin olvidar hechizos y encantamientos, ambos de la XVIII dinastía (hacia 1550 a. C.) (Costa, 1987, pp. 61-69).

El concepto de salud y enfermedad era similar al de todas las civilizaciones arcaicas, pues quedaban vinculadas a sus divinidades, en este caso al dios Ra, el dios solar.

La deidad protectora de los médicos-sacerdotes era Horus, el dios *halcón*, cuyo ojo protector hacía que los médicos egipcios siempre iniciaran sus escritos dibujando en sus papiros el ojo de Horus, para implorar de esa forma el favor divino en beneficio de sus enfermos. Este signo fue degenerando progresivamente en su grafía hasta convertirse en la Edad Media en el signo R, que se identifica en los escritos dirigidos al boticario con la voz latina *recipe* ('toma, recibe'), o la actual *Dp* ('dispéñese, despáchese').

Es el culto a la muerte una de las facetas que caracteriza al pueblo egipcio y su culmen se encontraba en el ritual del embalsamamiento. El proceso lo realizaban dos tipos de profesionales distintos: los *paracentetes*, despreciados y considerados como unos viles servidores de la muerte, cuya actuación se consideraba degradante, puesto que profanaban el cadáver, al proceder a la extracción de sus vísceras. A continuación, el cuerpo quedaba en manos de los *taracheutes*, quienes procedían con toda solemnidad a reponer la forma natural del cadáver, rellenándolo con sustancias conservadoras, esencias y productos químicos. Posteriormente, se procedía al característico vendaje de la momia (Lorén, 1975, p. 94).

Esto explica por qué los médicos egipcios no eran conocedores de la anatomía y fisiología humana, solo al alcance de los paracentetes, y su desconocimiento era tal que

a todos los conductos huecos del cuerpo los denominaban *vasos* y pensaban que todos partían, sin excepción, del corazón (Ayuso Arroyo, 1992, p. 13).

La terapéutica se realizaba por medio de lavativas, inventadas por ellos, píldoras, ungüentos, supositorios y gargarismos. Pero poco convencidos de obtener éxito con esta terapéutica médica, recurrían también al encantamiento y otros rituales religiosos (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 30).

Dominaban las escarificaciones, la cauterización, la aplicación de pan fermentado en las heridas (por su contenido en mohos antibacterianos, como *penicilium* u otros similares) y conocían la trepanación craneal (Collado-Vázquez, 2014, pp. 433-440).

En cuanto al conocimiento del sistema genitourinario, según Ayuso Arroyo (1992, p. 13), en los papiros de Ebers (n.º 854) puede leerse: «Hay vasos que van a la vejiga y ellos dan la orina. Hay dos vasos que van a los testículos y ellos dan el esperma». En el mismo papiro también se hace mención, con sus remedios, a una enfermedad llamada *acumulación de orina* (retención de orina), de la que se relata su sintomatología, como los dolores en el bajo vientre y la imposibilidad de orinar. Para su tratamiento proponen brebajes, emplastos y pomadas aplicadas en el pene.

Similares soluciones proponen para tratar la *incontinencia urinaria*, incluida la enuresis infantil.

Para las dolencias vesicales, probablemente de la *cistitis aguda*, se recomienda lo siguiente: «Remedio para quitar una sensación de quemadura en la vejiga, cuando el enfermo sufre al orinar: sal del del norte, crema, aceite de ben, miel, cerveza dulce. Inyectarlo por el ano» (P. Ebers, n.º 265).

El Papiro de Berlín (XIX dinastía, hacia 1300 a. C.) recoge soluciones parecidas para lo que quizá sea una *uretritis aguda*, pues dice: «...receta para hacer desaparecer un dolor violento durante la micción» (P. Berlín, n.º 60).

También es frecuente la mención a *micciones con sangre*, consecutivas con toda la probabilidad a la *bilharziosis*, endémica de la región y conocida en la actualidad como *hematuria de Egipto*. Para combatirla, recetaban fumigaciones o la orina de un muchacho impúber (P. Ebers, n.º 99) (cf. Anexo II).

Dominaban la *circuncisión* (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 30) y testimonio de ello son las famosas escenas de esta cirugía en la tumba de Ankn-ma-hor en Saqqâra (VI.<sup>a</sup> dinastía), relieve en el que se ve la realización de una circuncisión en un joven (Figura 8) o las menos conocidas del mismo tema del templo de Mut, en Karnak (Costa, 1987, p. 61).

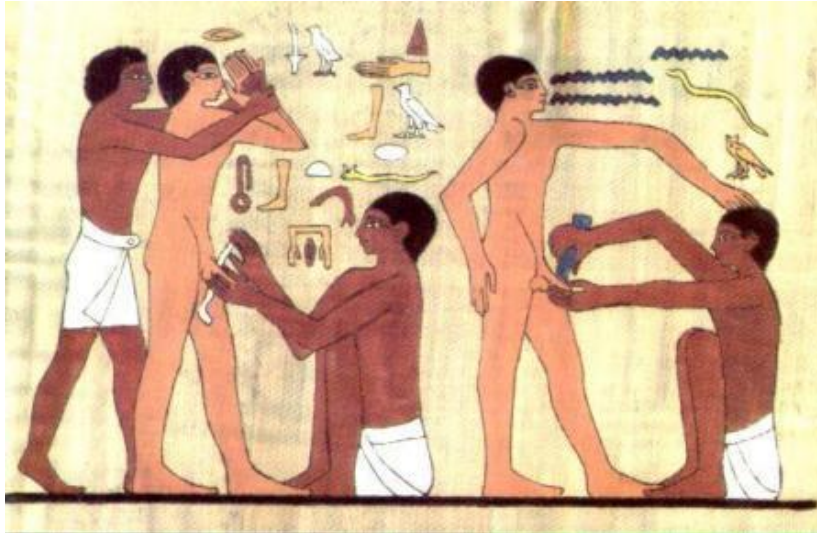


Figura 8. Escenas de la circuncisión. Procedencia: Tumba de Anikmahor, Saqqâra (Egipto).

Fuente: Potenziani Bigelli (2007, p.327).

Se sabe que era un procedimiento que se realiza en la pubertad-adolescencia. Para insensibilizar el pene y que el procedimiento fuera menos doloroso, aplicaban sobre el prepucio polvo de piedra de Menfis (carbonato cálcico), sobre el cual se vertía vinagre, y el gas que se desprendía de esta mezcla, reducía el dolor de la operación (Soubirán, 1980, p. 20). Los bisturís en el Imperio Antiguo eran hojas de obsidiana o pedernal (piedra de chispa) y en el Imperio Nuevo (1567-1085 a. C.) ya eran de metal (Potenziani Bigelli, 2006, p. 33). Se colocaba miel con aceite para mejorar la cicatrización y evitar las infecciones de la herida (íd), práctica todavía utilizada, por ejemplo, en la gangrena de Fournier (Rodríguez Hermosa, 2001, p. 134).

En el *Libro de la Muerte* se relata un mito egipcio: se describe que el dios solar Ra se circuncida a sí mismo cortándose su órgano viril y, a partir de la sangre que sale de su miembro mutilado, con la ayuda de los dioses Hu y Sia, se origina el universo y la existencia humana. Esta sería una de las explicaciones de la popularización de la práctica de la circuncisión en el pueblo egipcio (Potenziani Bigelli, 2006, p. 32).

Mencionado por Potenziani, el egiptólogo Budge E. A., en su libro *Los Dioses de los Egipcios* (Dover Publications), refiere que en los inicios de la civilización egipcia existía un dios de la circuncisión, cuya misión o trabajo era mantener la fertilidad en los bancos del Nilo (íd.)

Además de los motivos religiosos que obligaban a los egipcios a realizar el procedimiento, había también motivos higiénicos, motivos de pureza, y se consideraba un requisito para contraer matrimonio; asimismo, se hacía como tratamiento para la denominada gangrena del prepucio de Andrawis (Hinostroza, 2009, p. 8).

La práctica de la circuncisión era común en Egipto y se extendió posteriormente en el pueblo hebreo, el pueblo árabe y otros pueblos del Medio Oriente (Potenziani Bigelli, 2006, p. 33).

Pero la cultura egipcia también tenía sus sombras: para conocer el número de prisioneros conseguidos en las batallas, se hacía su recuento mediante la amputación de alguno de sus miembros (Ipiens Aznar, 1993, p. 733), cruenta práctica de la cual se hacían incluso representaciones artísticas, como la de la *Paleta de Narmer*, donde aparecen diez cadáveres decapitados con el pene amputado y colocado encima de la cabeza (Díez Flórez, 2019, p. 17).

La amputación de miembros, tanto del pene como de la mano, tenía una fuerte carga simbólica: amputarlos significaba eliminar la capacidad del enemigo de hacer el mal y de reproducirse, suprimiendo así la posibilidad de tener nuevos enemigos. En las paredes del templo de Mut, se encuentra un grabado en el que se representan los más de trece mil falos, según la inscripción, amputados por el victorioso faraón Merneptah, a los libios, vencidos en una de sus campañas (Figura 9).



*Figura 9. Calco de un relieve que muestra a un soldado y un escriba egipcios contando los penes extirpados a los adversarios muertos en la batalla contra los libios. Procedencia: Templo de Medinet Haby (Egipto). Fuente: Fredotovitch (2005, p.3)*

Para muchas culturas y civilizaciones, el pene amputado ha sido uno de los trofeos de guerra más apreciados, por su profundo significado viril, y ha constituido una práctica habitual en algunos países del Extremo Oriente, hasta la aplicación de severas medidas de orden legal y penal (Díez Flórez, 2019, p. 17).

En otro orden de cosas, algunos médicos llegaron a adquirir inusitada fama, como es el caso de Iry, que obtuvo el título de *el guardián del ano del rey* (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 30). Otro personaje relevante fue Sesquetenach, especialista en otorrinolaringología y famoso por curar un forúnculo nasal de un faraón. Precisamente, por esta curación sacó un insólito provecho, un caso probablemente único en toda la historia de la medicina, ya que, por un solo paciente y el tratamiento de una única afección, llegó a ser sacralizado e inmortalizado en varios bajorrelieves y estatuas.

Pero el verdadero médico, según Lorén (1975, pp. 97-98), representativo de la medicina egipcia, en un sentido mucho más positivo y científico fue Imhotep (aprox. 2690 - 2610 a. C.) (Asimov, 1987, p. 1), quien, identificado con Esculapio, tras la conquista de Egipto por los griegos macedonios, llegó a ser deificado tras su muerte y venerado en Menfis. Tolomeo Filoctetes, fundador de la dinastía tolomeica posthelénica, erigió un templo a Imhotep en la isla de File, considerándolo como hijo del dios Ptan, salvador de enfermos, el que da hijos a las mujeres estériles y felicidad a los desventurados (Lorén, 1975, p. 98).

Según Lorén, tanto Imhotep, como Hipócrates habrían de ser considerados ya los iniciadores de la medicina científica, facilitando su integración a través de la escuela de Alejandría.

### 3.2.7. LA MEDICINA EN LA ANTIGUA GRECIA

La medicina científica, siguiendo a Rodríguez Cabezas (1996, pp. 39-46), comienza en Grecia en los siglos VI-V a. C., en su zona periférica, por su contacto con Creta, Egipto y Mesopotamia, de cuyas culturas aprendieron a interpretar la naturaleza con lógica racional.

Anteriormente, en la época prehomérica, y en palabras de M. A. Arribas (ibíd., p. 39), «el médico griego vive tiempos en los que todavía los dioses, los héroes y los hombres están juntos y revueltos», y en que los primeros todavía son causa de enfermedades y curaciones. Hasta cinco dioses invocaban los enfermos, pero era Apolo el que, en el ámbito de la medicina, mayores poderes ostentaba, incluso para curar a los propios dioses (id.).

Y así fue hasta que surgió Asclepio, hijo de Apolo y de Coronis, cuyo nacimiento, se considera la primera «cesárea mitológica», realizada por el mismo Apolo, en el cadáver de Coronis (ibíd., p. 40). Asclepio, fue criado por el sabio centauro Quirón, quien lo

instruyó en el arte de curar. Ejerció la medicina con mucha humanidad y sabiduría y gran habilidad quirúrgica; su leyenda nos cuenta que su celo profesional llegaba al extremo de que, si un paciente se le moría, utilizaba sus poderes divinos y lo resucitaba.

Su fama se incrementó con su muerte y comenzaron a surgir multitud de templos en su honor (*asklepieion*) (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 40). En estos templos de salud, diseminados tanto por Grecia como por los países limítrofes, solo los médicos-sacerdotes realizaban los tratamientos invocando a los dioses.

En la entrada de los templos, Asclepio estaba representado en grandes efigies, apoyado en una gruesa vara donde se enroscaba una serpiente, símbolo de la sensatez y de la perspicacia, necesarias para el ejercicio de la medicina y que ha pasado a ser el caduceo, que ha perdurado como anagrama de los médicos y de la medicina. (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 40).

Con el paso del tiempo, desde el ámbito de la filosofía los «pensadores presocráticos», al tratar de dar explicación a los fenómenos naturales, van a influir en campos como el de la medicina (*ibid.*, p. 43): Tales de Mileto (640-546 a. C.) considera el agua como principio fundamental de la naturaleza; Demócrito de Abdera (460-370 a. C.) propuso la teoría atomista (Soubiran, 1980, p. 29), por la que establece que la materia es tan solo una mezcla de átomos (que en griego significa [partícula] ‘indivisible’). Estos son elementos inmutables, eternos e infinitamente pequeños y, por tanto, imperceptibles para los sentidos. Las propiedades de la materia cambian según la agrupación de los átomos (Ruiza, 2004). Con Empédocles de Agrigento se asienta una doctrina por la cual se piensa que todos los seres están compuestos por cuatro elementos en diferentes proporciones: agua, aire, tierra y fuego (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 43).

La medicina clásica griega, apoyándose en los mencionados pensamientos presocráticos, va evolucionando hacia la verdadera «medicina científica», racional, con la aparición de su precursor (Laín Entralgo, 1987, p. 1), Alcmeón de Crotona (500 a. C.), que mantuvo un estrecho contacto con la *Escuela Pitagórica*. Comprobó la conexión entre el cerebro y los sentidos, y describió incluso el nervio óptico y el quiasma, enunciando que el cerebro es el sustrato de la memoria y del pensamiento. (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 43-44).

Es, sin embargo, otro médico, Hipócrates, el reconocido como *padre de la medicina* (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 69-72). Nació en la isla de Cos (c.460 a. C.-c. 377 a. C.) y aprendió los rudimentos del «arte de curar» al lado de su padre (médico asklepiade).



Dichas enseñanzas pronto le resultaron insuficientes, ya que poco le convencían las frecuentes intromisiones de la magia y de los dioses en los asuntos patológicos.

A los dieciséis años viaja a Egipto, donde aprendió las prácticas sanatorias de los expertos médicos del país de los faraones. Seguidamente pasa a la Hélade (Tesalia), de ahí a Cnido, Delos y Rodas, y finaliza su periplo, a los treinta años, en Atenas, donde fue llamado para solucionar una terrible epidemia de peste que causó cincuenta mil muertes. La epidemia remitió en intensidad al encender grandes hogueras por toda la ciudad y encrucijadas de caminos.

Su fama y prestigio fue incrementándose con el tiempo y gozó de la amistad de Sócrates y Platón. A la muerte de su valedor, Pericles, comenzó a sentirse incómodo por el acoso de los rivales políticos del fallecido dictador y reanudó su actividad viajera. Terminó regresando a su isla natal, donde se consagró al estudio y al ejercicio de la medicina, hasta que en el año 378 a. C. ardió el asklepion de Cos y fue acusado de haber provocado el incendio, para destruir los originales que había utilizado en la composición de sus ya entonces prestigiosas obras. Desde este momento, las noticias sobre su vida son escasas y lo único que se sabe por los historiadores es que falleció en Lárisa, ciudad de Tesalia.

Además de ser un brillante clínico, es el autor del primer intento verdaderamente racional de explicar la fisiopatología del cuerpo humano (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 69-72). Según su *teoría humoral*, la salud y la enfermedad dependen del equilibrio o desajuste, respectivamente, de los cuatro humores orgánicos esenciales: sangre, flema o pituita, bilis rubia y bilis negra, sin dar cabida a influjos abstractos o mágico-religiosos, tanto en la etiopatogenia como en el tratamiento (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 44).

Sus escritos se reúnen en la colección conocida como *Corpus Hippocraticum*, aunque actualmente se reconozca que este alberga textos de distintas épocas y autorías (Laín Entralgo, 1987, pp. 60-61).

Dicha colección se compone de casi setenta libros que podrían clasificarse, siguiendo a García Gual (1983), de la siguiente forma:

1. Textos de carácter general, en el que van incluidos los *Aforismos* y el *Juramento Hipocrático*, además del comportamiento y aspecto del médico.
2. Textos de carácter anatómico-fisiológicos.
3. Textos dietéticos.

4. Textos básicos de patología, donde realiza un meticuloso estudio de los diagnósticos y de los pronósticos, indicando quienes llegarán a la curación total, a la salud suficiente, a la incurabilidad y a la muerte. Algunas de sus descripciones clínicas, han llegado hasta nuestros días, como la *facies hipocrática*, para describir al paciente deshidratado.

5. Textos de patología general, en los que habla de la denominada *enfermedad sagrada* (la epilepsia), desligándola de cualquier connotación divina e indicando que está producida por una alteración cerebral hereditaria.

6. Textos terapéuticos, en los que se citan abundantes remedios vegetales.

7. Textos quirúrgicos.

8. Textos oftalmológicos.

9. Textos obstétricos, ginecológicos y pediátricos.

El *Corpus Hippocraticum* ha sido motivo de numerosísimos estudios y se ha considerado por la mayoría como textos apócrifos, con una absoluta heterogeneidad de forma y de contenidos (López Férez, 2006, p. 507); (Zozaya, 2014, p. 5) Aunque no es el objeto de nuestro estudio, juzgamos de interés citar algunos de sus aforismos<sup>13</sup>, aquellos que atañen a la especialidad de urología distribuidos a lo largo de las siete secciones en que García Gual et al. (1983) dividen su obra (Hermosín Bono, 1996, p. 69):

1.ª Sección:

- Aforismo 12: «Las exacerbaciones y los periodos de calma... La orina, deposiciones, sudores dejarán ver por su aspecto si la enfermedad será de fácil o difícil solución, de larga o corta duración».

3.ª Sección:

- Aforismo 5: «Los vientos del sur... Si el viento es norte: toses, dolor de garganta, estreñimiento, disurias<sup>14</sup> acompañadas de escalofríos, dolores de costado y pecho... cuando domina ese viento».
- Aforismo 31: «En los ancianos: disneas, catarros con tos, estrangurias<sup>15</sup>, disurias, dolor de articulaciones, nefritis, vértigos, apoplejías...».

<sup>13</sup> El *aforismo* es una sentencia breve de validez universal aplicada a una situación concreta, cargada de saber profundo, semejante a una máxima judicial o un refrán. Su brevedad lo hace fácil para el aprendizaje memorístico y su transmisión oral (Arana Amurrio, 2015, p. 37).

<sup>14</sup> Del lat. tardío *dysuria*, y este del gr. δυσουρία (literalmente ‘mala orina’), ‘expulsión difícil, dolorosa e incompleta de la orina.’ (DLE, s. v.).

4.<sup>a</sup> Sección (varios aforismos hablan de la orina [47, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81], pero destacamos solo los siguientes):

- Aforismo 69: «Cuando la orina es espesa, grumosa y escasa en enfermos a los que la fiebre no les cesa, una posterior emisión de orina abundante y clara les alivia...».
- Aforismo 75: «Si se orina sangre o pus es señal de una ulceración de los riñones o de la vejiga».
- Aforismo 77: «Cuando con orina espesa se expulsan también algunos granos parecidos a los del salvado es que la vejiga está afectada de psoriasis<sup>16</sup>».
- Aforismo. 79: «Cuando la orina sedimenta granos de arenilla, hay cálculos en la vejiga».
- Aforismo. 80: «Si orina sangre y grumos y padece estranguria y le viene un dolor en las tripas y en el perineo, la zona de la vejiga está afectada».
- Aforismo 81: «Si orina sangre, pus y escamas y el olor es fuerte, eso indica una ulceración en la vejiga».
- Aforismo 82: «A los que se les forman tumores en la uretra, cuando el tumor supura y revienta es la curación.»

5.<sup>a</sup> Sección:

- Aforismo 58: «En una inflamación del recto y del útero sobreviene estranguria y también en una supuración de los riñones...».

6.<sup>a</sup> Sección:

- Aforismo 2: «Aquellos cuya nariz es por naturaleza húmeda y el esperma acuoso tienen una salud más bien enfermiza. En cambio, los que tienen lo contrario gozan de una mejor salud».
- Aforismo 6: «En los ancianos, las afecciones de riñón y la vejiga se curan con dificultad».
- Aforismo 18: «Las roturas grandes y profundas de la vejiga, del cerebro, del corazón, del diafragma, de algunos de los intestinos tenues, del ventrículo o del hígado son mortales».

---

<sup>15</sup> Del lat. *stranguria*, y este del gr. *στραγγουρία* (literalmente ‘orina a gotas’), ‘Micción dolorosa, frecuente y en muy pequeña cantidad’ (*DLE*, s. v.).

<sup>16</sup> Del gr. *ψώρα* ‘sarna’ y *-sis* ‘proceso, acción’. Littré (reimpr. 1962[1851]) piensa que se trata de una inflamación de la vejiga. Genéricamente, los hipocráticos emplean el término *psora*, *psoriáo* para una afección cutánea en la que aparecen costras, erupciones, manchas y prurito. No se limita a la psoriasis actual.

- Aforismo 28: «Los eunucos ni padecen de gota ni se vuelven calvos.»
- Aforismo 30: «Un muchacho no enferma de gota antes de haber tenido relaciones sexuales».
- Aforismo 36: «Una flebotomía resuelve la disuria: córtese la vena interior».
- Aforismo 38: «Es mejor no aplicar ningún tratamiento a los que padecen cánceres ocultos<sup>17</sup>. Pues con tratamiento se mueren rápidamente, en cambio, sin él, prolongan su vida.»

7.<sup>a</sup> Sección (hablan de la orina los aforismos 31, 32, 33, 34, 35, 37, 39 y 81; de los enfermos de los riñones, el 36; de la estranguria y la disuria, el 48, y el 57; recogemos únicamente los siguientes):

- Aforismo 31: «En los estados febriles, los sedimentos que como harina gruesa se forman en la orina son señal de una enfermedad larga».
- Aforismo 33: «Cuando los sedimentos son biliosos, pero claros por arriba, indican que la enfermedad es aguda».
- Aforismo 34: «Las burbujas que se forman en la orina indican afecciones del riñón, además de una larga enfermedad».
- Aforismo 35: «Cuando la espuma es grasienta y se compacta<sup>18</sup> indica enfermedades agudas de los riñones».
- Aforismo 48: «La estranguria y la disuria las resuelve vino puro y sangría. Ábranse las venas interiores».

Apéndice o *Falsos aforismos*:

- Aforismo 7: «El testículo derecho frío y contraído, síntoma mortal».

Enorme interés dentro del *Corpus Hippocraticum*, tiene el denominado *Juramento hipocrático*, ya que, por primera vez en la historia de la medicina, un profesional médico se preocupa de la ética y la deontología médica (Lorén, 1975, pp. 108-109). Es el juramento hipocrático un texto conocidísimo y popular, incluso en círculos no allegados a la medicina, y cuyo mensaje ha sido asumido por médicos de todas las épocas, países y creencias. Así, judíos, árabes, cristianos, hombres del medievo, del

<sup>17</sup> En los textos hipocráticos el sentido de cáncer oculto es totalmente impreciso. Para Galeno se trata de un cáncer no ulcerado o de los órganos genitales.

<sup>18</sup> Parece referirse a la albúmina del riñón. Este signo, en la actualidad, sigue siendo el mismo.

Renacimiento, eruditos y hombres de ciencia de los siglos XIX-XXI<sup>19</sup>, convirtieron este pequeño tratado en guía permanente de su quehacer profesional. Hoy en día, la lectura del juramento hipocrático forma parte de los actos que coronan la licenciatura en nuestras facultades de medicina (Hermosín Bono, 1996, pp.77-78):

### *Juramento hipocrático*

«Juro y pongo a Apolo el médico, a Asclepio e Hygienia y Panakeia, a todos los dioses y diosas tomándolos por testigos que cumpliré en la medida de mis posibilidades este juramento según mi entendimiento y criterio».

Considerar a mi maestro en Medicina como mi padre; compartir con él mis bienes y, si llega el caso, ayudarle en sus necesidades; tener a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte si quieren aprenderlo sin gratificación ni compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas orales y demás doctrinas, así como a los de mi maestro y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según la ley médica, pero a nadie más.

Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerme de toda maldad y daño. No administrar a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomar la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo, no recetaré a una mujer un pesario abortivo, sino por el contrario, vivir y practicar mi arte de forma santa y pura.

No operar ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino dejarlos en manos de quienes se ocupan de estas prácticas.

Al visitar una casa, entrar en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de daños voluntarios y de actos perversos; en especial de todo intento de seducir a mujeres o muchachos, ya sean libres o esclavos.

Callar todo cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto.

---

<sup>19</sup> En el contexto de la pandemia por coronavirus (Covid-19), el director General de la Fundación Espriu, comenta: «en una situación de excepcionalidad como esta, cobra sentido el «juramento hipocrático» de prestar atención a quien lo necesite... sin reservas, porque la salud es nuestro oficio, nuestra responsabilidad» (Zarco, 2020).

Si cumplo este juramento sin faltar a él, que se me conceda gozar de la vida y de mi actividad profesional rodeado de la consideración de todos los hombres hasta el último día de mi vida; pero si violo y juro en falso, que me ocurra todo lo contrario».

Se cree que el motivo que indujo a la elaboración de éste texto, fue que al salir fuera de los *asklepieion* la enseñanza de la medicina y dejar de transmitirse los conocimientos de padres a hijos, realizándose a personas fuera del entorno familiar, al exigírseles a los futuros médicos la aceptación de este juramento, se aseguraban con ello, el porvenir del maestro y sus descendientes (Hermosín Bono, 1996, pp. 77-83).

Desde el punto de vista de la urología, es interesante resaltar que en él viene reflejada una de las patologías urológicas más antiguas que han existido: «el mal de la piedra». En el *Juramento* se indica «No operar ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino dejarlos en manos de quienes se ocupan de estas prácticas». Los encargados de realizarla, los denominados *chironactes*, serían los actuales cirujanos urólogos, los que se entiende que estaban capacitados y poseían la experiencia y el conocimiento para ejecutarla (Potenziani Bigelli, 2006, p.53).

Según Santiago Lorén (1975, p. 105), aunque no se pueda afirmar que todo lo que se atribuye a Hipócrates sea verídico, lo que es cierto es que existió el *hipocratismo*, y que, a partir de ello, la medicina cobró un nuevo impulso en lo que se refiere a su desarrollo no solo científico, sino ético, filosófico y técnico. El hipocratismo, desde el punto de vista médico, es simplemente *observación y capacidad para escuchar* al enfermo; para observarle, sentado en su cabecera y completar una *anamnesis* y una *exploración*.

Por medio de los *síntomas* y de su *relación sindrómica*, se llega al *diagnóstico* y al *pronóstico* y, a partir de ello, realizar la *terapéutica*, que en todo lo posible será *etiológica*, sin olvidar el tratamiento *sintomático*.

Llegando ya a los comienzos del siglo III a. C., cuando está iniciándose el periodo helenístico de la cultura griega, uno de los momentos más ricos y plurales de la historia del hombre y de la medicina, se produce un gran auge en los estudios de *anatomía*, representada, sobre todo, por la escuela de Alejandría (Ayuso Arroyo, 1992, p. 19).

En ella, destacan célebres anatomistas (Herófilo, Erasistrato) que, aprovechando la tolerancia y el eclecticismo en cuanto a creencias religiosas e ideologías filosóficas,

para realizar sus disecciones sobre cadáveres humanos, sin ninguna restricción por parte de las autoridades.

Se acepta por parte de algunos historiadores que se llegaron a practicar *vivisecciones* en condenados a muerte. Sea o no verdad esta grave acusación, lo cierto es que la anatomía alejandrina tuvo un fabuloso esplendor (Lorén, 1975, p. 114).

Es en ella donde Herófilo (335-280 a. C.) se convierte en el descubridor occidental de la próstata, a la que le dio el nombre de *prostatés*, que significa ‘patrono’, ‘lo que está delante’, en referencia a su disposición anatómica anterior a la vejiga (Ayuso Arroyo, 1992, p. 19).

En la segunda mitad del siglo II a. C., una nueva potencia, Roma, emerge en el horizonte y conquista todas las naciones que rodean el Mediterráneo. No obstante, la cultura griega se trasmite al pueblo dominador y la medicina no es una excepción (*ibid.*, p. 20).

### 3.2.8. LA MEDICINA ROMANA

Cuando los romanos se convirtieron en el pueblo expansivo que llegó a dominar todo el mundo, prácticamente partieron de cero, en lo referente a su originalidad cultural, sin que se hubiera dado una continuidad en la transmisión de la sabiduría desde sus antepasados etruscos, todo lo contrario a lo que sucedió con la civilización griega (Lorén, 1975, p. 119). Es por ello por lo que la civilización helenista y alejandrina, influyeron poderosamente en ellos, y su medicina partía de unas cotas muy bajas.

Según Daremberg (*apud* Lorén, 1975, p. 121), Roma nació «sans mediciens mais non pas sans Medicine» y si esto es así es porque de un modo u otro asimiló los principios de la cultura médica helenística, pero sin integrar a aquellos hombres que crearon esa gran medicina en los pueblos absorbidos, ya que pasaron a formar parte del Imperio Romano no como ciudadanos, sino como súbditos o subordinados de categoría inferior.

Así se explica la abigarrada y tolerante capital del Imperio, llena de charlatanes, curanderos y granujas, sin ninguna acreditación científica, que habían encontrado su medio de vida en el ejercicio de una *medicina* que nada tenía que ver con la hipocrática.

Es únicamente en las clases patricias, con sus privilegios y su impermeabilidad, donde pudieron encontrarse los verdaderos médicos. Al ofrecérseles casa, comida y

seguridad, tuvieron ocasión de elegir lo mejor de todo lo que procedía del área helenística alejandrina (*ibid.*, p. 122).

En el año 293 a. C., una mortífera epidemia de peste asolaba Roma, por lo que Tito Livio envía una expedición al templo de Epidauro para implorar la protección de Asclepio. Al regresar y remontar el Tíber, saltó la serpiente sagrada que rodeaba el caduceo de Asclepio, y cesó con prontitud la epidemia, por lo que allí se construyó un templo en honor a *Aesculapius* (versión latinizada de Asclepio).

Hubo que esperar casi dos centurias para que los métodos curativos teúrgicos fueran sustituidos por otros más *racionales* (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 47). Comenzó la emigración de médicos griegos y de otros países hacia Roma: Arcagato de Esparta (219 a. C.), Asclepiades de Bitina (91 a. C.), partidario del *atomismo*, Areteo de Atalea, de la escuela *dogmática* (id.). La condición de médico no estaba oficialmente establecida, por lo que el emperador Severo Alejandro (222-235 a. C.), creó el *Collegium Archiatri*, reguló la enseñanza y otorgó los primeros títulos (*ibid.*, pp. 47-48). Probablemente en el *Collegium* fueron formándose médicos como Dioscórides Pedanio, que dejó descritas en su *Materia Médica*, más de quinientas plantas medicinales (*ibid.*, p. 48).

Los romanos estaban muy adelantados en *sanidad pública*. Las calles estaban pavimentadas, en las viviendas había desagües y se utilizaba agua en abundancia, existiendo nueve acueductos que llevaban agua a Roma. La famosa *Cloaca Máxima* se encargaba de eliminar las aguas residuales al Tíber.

La asistencia a los pacientes desahuciados no evolucionó en relación a épocas anteriores y si no eran claramente abandonados, recibían una asistencia mínima que, pasivamente, les conducía a la muerte, escogiendo a veces el camino más radical de la *mors tempestiva* o suicidio eutanásico (*ibid.*, p. 48).

Destacada figura de la medicina romana fue Aulo Cornelio Celso, del que no sabemos con seguridad la época en que vivió y ni si era verdadero médico o un simple polígrafo y compilador científico. Sin embargo, Columela (fallecido hacia el 54 d. C.) lo vincula con la medicina, ya que la sagacidad y exactitud de sus conocimientos, especialmente los quirúrgicos, le llevan a pensar en su condición médica (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 73-76).

Su gran obra, *De Re Médica*, de carácter enciclopédico y grandes proporciones, que consagra al estudio de las ciencias y saberes de su tiempo, se considera uno de los más brillantes títulos de la medicina de la Antigüedad. Se compone de ocho libros en los que



va abordando aspectos del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades: en el libro I, se ocupa de la dietética y de la metodología; el II, III y IV versan sobre pronóstico y terapéutica; el V y VI tratan de farmacia y farmacología; el VII, de cirugía; y el VIII, de enfermedades óseas.

En su obra, describe los signos característicos de la *inflamación*: «rubor et tumor cum calore et dolore», rubor, tumor, calor y dolor (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 48), los cuales se mantienen inalterados hasta la actualidad (Piulachs, 1973, p. 20). Estos signos se conocen por esta razón como los cuatros signos de Celso (Bordés González, 1994, p. 1).

En cuanto a su aportación a la urología, es imprescindible destacar la descripción técnica de su *litotomía*, trascendental no solamente para su época, sino para otros muchos siglos en que permaneció vigente la *talla de Celso* (Ayuso Arroyo, 1992, p. 76). En Soubiran y De Kearney (1980, p. 57) leemos el procedimiento:

«Después de haberse cortado las uñas cuidadosamente, el médico bañará en aceite los dedos índice y medio de su mano izquierda y los introducirá suavemente en el ano...; apoyará los dedos de la mano derecha en el bajo vientre... y entre ambos se buscará la piedra e intentará empujarla hacia el orificio vesical... Una vez allí situada, se practicará en la piel, cerca del ano, una incisión en forma de media luna, que penetre hasta el cuello de la vejiga, practicando un conducto, por el que se extraerá la piedra... Si es pequeña, se extrae empujándola con los dedos introducidos en el ano y si es grande se extrae con un gancho, construido para tal fin y procurando que no se escape la piedra de nuevo a la vejiga...».

En fin, toda una lección de habilidad, experiencia y prudencia quirúrgicas en la Roma del siglo I d. C. (Ayuso Arroyo, 1992, p. 77)

Dignos de mención también son Plinio el Viejo (23-79), que realizó una recopilación de todo el conocimiento enciclopédico en su *Historia Naturalis* (Asimov, 1982, p. 36) y Rufo de Éfeso (ca. 110-180), que estudió el ojo y describió la cápsula del cristalino (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 48). Sorano de Éfeso (siglo II d. C.) trabajó en el campo de la obstetricia y pediatría (Laín Entralgo, 1978, p. 63), y su gran tratado *Sobre las enfermedades de las mujeres*, será hasta bien entrada la edad Moderna, la óptima guía para la formación obstétrica y ginecológica (*ibid.*, p. 125).

La culminación de la medicina clásica romana se debe a la figura y obra de Claudius Galenus (*Galeno*), nacido en Pérgamo, Asia Menor (ca. 129-ca. 200). Desde muy joven se inicia en el estudio y práctica de la medicina en Corinto, Esmirna y Alejandría. A los diecisiete años, ya practica la medicina en la escuela de gladiadores de su ciudad natal, donde se convirtió en un hábil y experimentado médico (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 50-52). Es en Roma donde más tarde alcanzaría su gloria, llegando a ser médico personal de los emperadores Marco Aurelio, Cómodo y Septimio Severo. Su fama comienza al curar al célebre filósofo Eudemos de unas fiebres cuartanas (Arana Amurrio, 2015, p. 47).

Cuando el emperador Marco Aurelio presenta unas molestias gástricas, se requiere la consulta de Galeno que, con gran astucia, aconseja al soberano: «Si el enfermo fuese un gladiador yo le prescribiría vino caliente con pimienta, pero como sois un emperador será más adecuado a vuestro rango un paño empapado en aceite templado sobre el estómago». Por supuesto, Marco Aurelio, indicó que le trajesen una gran copa de vino caliente con pimienta, aliviándose rápidamente (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 51).

Galeno supo aplicar sistemáticamente los postulados de la medicina clásica griega y gracias a sus dotes de pensador y observador meticulado, se preguntaba inmediatamente por las causas de la enfermedad, con la que elaboró su doctrina etiológica (*id.*). Divide las enfermedades según su *etiología*: las de causas externas, las de causas internas y las de la conjunción de causas externas e internas.

Escribió cuatrocientas obras, tanto de ética como de filosofía y, por supuesto, de medicina. Describió el término *signo patognomónico* (*id.*) con el que se expresa que, si existe el mencionado signo, la enfermedad es manifiesta y segura (García Ballester, 1987, p. 138).

En las obras de Galeno, la urología tiene un lugar preeminente. Aborda temas de anatomía del aparato urogenital, de fisiología<sup>20</sup>, de patología y de terapéutica. Diserta sobre nefritis, litiasis renal, cólicos nefríticos, hematuria...; estudia los traumatismos, fístulas y dilataciones uretrales; menciona y estudia las litiasis y tumores vesicales, la hematuria de origen vesical y las cistitis (Potenziani Bigelli, 2006, p. 83).

---

<sup>20</sup> Demostró, mediante la ligadura de los uréteres, que la orina no se forma en la vejiga, sino en los riñones (Pellici, 1982, pp. 33-34). También, que las venas están conectadas con el corazón, que los nervios proceden del sistema nervioso central, que los vasos sanguíneos contienen sangre y no aire como se creía; diferenció la pulmonía de la pleuresía y la hemoptisis de la hematemesis, etc. Sus disecciones las realizaba en algún cadáver humano, pero sobre todo en monos y cerdos (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 51).

Dentro del campo urológico, estudia la retención aguda de orina, incluyendo también patologías prostáticas, de las vesículas seminales, testículos y epidídimos; disfunciones vesicales (trastornos uroneurológicos) y del cuello vesical, disfunciones del esfínter externo; estudia la hemospermia, la impotencia sexual, la incontinencia urinaria y la infertilidad.

Describió tres causas de retención de orina: la primera, por bloqueo de la salida vesical a nivel del cuello vesical o de la uretra prostática por un cálculo, un coágulo, pus o cualquiera otra sustancia; la segunda, por compresión uretral, debido a inflamación de los tejidos adyacentes; y la tercera, por obstrucción de la uretra o vejiga por un tumor o cualquier otro tipo de crecimientos (ibíd, pp.83-84)

La primera mención que se hace de la *hipospadia* es de Galeno. En ella se refiere que la cuerda impedía la propulsión del semen hacia adelante (Pacheco-Mendoza, 2016, p. 169).

Según Rodríguez Cabezas (1996, p. 52), su doctrina se mantuvo vigente durante toda la Edad Media europea y parte de la Moderna (Asimov, 1982, pp. 38-39) hasta que fue refutada por Vesalio<sup>21</sup>, catedrático de anatomía y cirugía de la Universidad de Padua, trece siglos más tarde (Arana Amurrio, 2015, p. 47).

### 3.2.9. LA MEDICINA ÁRABE

Transcurridos dos siglos desde la división del Imperio Romano, en el s. V la zona occidental sucumbe ante las invasiones bárbaras y desaparece como entidad política, y se pierden, con ello, los conocimientos clásicos. No ocurre lo mismo en Oriente, ya que Bizancio perduró hasta la conquista de Constantinopla por los turcos en 1453 y la medicina bizantina se ocupó al menos de conservar los antiguos textos helénicos (Lain Entralgo, 1978, p. 144).

---

<sup>21</sup> Vesalio enseñó en Padua entre 1537 y 1543, como catedrático de anatomía y cirugía. Posteriormente, vivió muchos años en España, como médico particular de Carlos I y Felipe II. En diciembre de 1537, un día después de su graduación, realizó en Padua su primera disección pública de un cadáver, explicando tanto la composición de los órganos como la técnica utilizada. El Senado veneciano, impresionado, le otorgó inmediatamente la Cátedra de anatomía y cirugía de la Universidad de Padua.

Basó sus estudios anatómicos en la observación directa, con lo que pudo rechazar docenas de errores anatómicos presentes en la obra de Galeno (quien, como se ha señalado, diseccionó mayoritariamente monos). En ese sentido, fue el fundador de la *anatomía moderna* (Romero Reveron, 2007, p. 848).

Con la Hégira, en el año 622, comienza la expansión del pueblo árabe, bajo el impulso de la nueva religión islámica, pero al contrario de lo sucedido en el Imperio de Occidente, la civilización árabe, conserva y asimila los conocimientos científicos y culturales de los pueblos conquistados, uniéndose en una simbiosis cultural con sus aportaciones originales.

Una anécdota relatada por Lorén (1975, p. 152) refrenda la idea comentada en el párrafo precedente:

«...un emperador bizantino, en el momento que vio invadida su ciudad por el ejército árabe, pensó que iba a ser muerto, quizá torturado, saqueada la ciudad y arrebatadas muchas vidas humanas o condenadas a la esclavitud. Su asombro fue grande cuando el conquistador le dijo que había venido a aquella ciudad exclusivamente para buscar los libros de Dioscórides<sup>22</sup>, que sabía que estaban desde antiguos tiempos en la biblioteca de la ciudad».

En la primera etapa (siglos VIII y IX), el pueblo árabe fue asimilando los conocimientos helenísticos, gracias a la gran labor de traducción de dichos textos del griego al árabe, consolidándose así el sistema médico de Galeno (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 55).

A pesar de ello, el concepto de enfermedad, para este pueblo cargado de un marcado espíritu religioso, se vincula con Alá, pero sin tanto condicionamiento ético como en otras culturas primitivas.

En cuanto al diagnóstico, los árabes fueron fieles seguidores de la medicina grecorromana y realizaban exquisitos exámenes del paciente y de sus síntomas. Dieron

---

<sup>22</sup> Pedanio Dioscórides (c. 40-c. 90) fue un médico, farmacólogo y botánico de la Antigua Grecia, que practicó la medicina en Roma en la época del emperador Nerón. Su obra *De Materia Medica* alcanzó una amplia difusión y se convirtió en el principal manual de farmacopea durante toda la Edad Media y el Renacimiento.

Según su propio testimonio, que figura en la carta que sirve de prólogo a su obra, fue cirujano militar en el ejército romano, con lo que tuvo la oportunidad de viajar en busca de sustancias medicinales por todo el mundo conocido.

El códice más antiguo que se conserva de su obra data de comienzos del siglo VI (512 d. C.) y fue copiado para uso de la patricia romana Anicia Juliana, hija del emperador Anicio Olibrio. Los 491 folios de vitela miden 37 x 30 cm y contienen más de 400 ilustraciones a página completa, de animales y plantas, la mayoría en un estilo naturalista realizadas por un ilustrador bizantino. Este artista parece haber basado su trabajo en las ilustraciones del *Rhizotomikon* de Cratevas de Pérgamo (s. I a. C.).

gran importancia a la observación de la orina o *uroscopia*, en la que basaban gran parte del diagnóstico, e incluso del pronóstico. En cuanto al proceso de curación, intervenía la oración, pero la influencia divina se apoyaba en la actuación del médico.

La convicción de la existencia de una vida sobrenatural tras la muerte prohibió la realización de prácticas anatómicas con cadáveres, lo que impidió el avance en el conocimiento en los campos quirúrgicos y anatómicos. La cirugía estuvo restringida, casi en exclusiva, a cauterizaciones y la cirugía menor se reservaba a gente indocta e ignorante.

Sí estaba bien desarrollada, en cambio, la farmacia y la química, hasta el punto de que los boticarios se independizaron por primera vez de los médicos.

La organización hospitalaria llegó a ser importante, como el hospital de Mansur en El Cairo, donde existían pabellones independientes para las diferentes patologías (afecciones oculares, diarreas, enfermedades de la mujer) y el de Bagdad, donde se custodiaban historias clínicas para la ulterior enseñanza de la medicina (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 55-56).

La medicina árabe proporcionó importantes figuras de la medicina, especialmente durante el *califato oriental*:

El sirio Ibn al-Nafis, con ejercicio en los hospitales de El Cairo en el siglo XIII, describió por primera vez la circulación menor o pulmonar; el persa Rhazes (850-ca 923), gran conocedor de los clásicos, escribió 237 textos e hizo las primeras descripciones del sarampión y de la viruela.

Médico, científico y filósofo de origen persa, Avicena (980-1037) fue uno de los mejores médicos musulmanes. Se ocupó de diversas uropatías y se especializó en restablecer el flujo urinario en las obstrucciones mediante sondajes, aunque también probó a introducir un piojo o un chinche en el meato urinario del enfermo, para que el picor y cosquilleo le obligaran a orinar sin remedio (Ayuso Arroyo, 1992, p. 27).

Su trabajo más importante fue el *Canon de medicina* o *Al-qanun fi al-tibb*, donde sintetizó los conocimientos médicos adquiridos durante siglos por los romanos, los griegos y los persas, y que sirvió de texto y base de estudios a médicos y traductores durante más de medio milenio (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 56).

El *califato occidental* también aportó importantes figuras, destacando las del mundo islámico hispano, Abulcasis, Avenzoar, Maimónides, Averroes e Ibn al-Beitar (*id.*).

Abulcasis, nacido en Córdoba (c. 936-1013), ejerció como médico personal del monarca Abd al-Rahmán III en la ciudad residencia de Medina Azahara, a la que desde

el siglo IX d. C. se había trasladado el saber islámico. Allí redacta sus escritos más relevantes conocidos como *Kitab al-Tasrif (La compilación)*, compuesta de treinta libros, calificados como una enciclopedia médica que se ocupaban de la doctrina médica en general, los medicamentos simples, ordenados alfabéticamente, los medicamentos compuestos o recetas polifármacas, regímenes dietéticos, el *Libro del servidor* (manual de Galénica) y el trigésimo, quizá el más importante, que es un tratado de Cirugía profusamente ilustrado, en el que son representados más de doscientos instrumentos quirúrgicos, algunos de los cuales son creación del propio Abulcasis, especialmente utilizados en traumatología y urología (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 77-79).

Fue un experto en la talla vesical (cistotomía) e introdujo alguna modificación a la técnica descrita por Aulo Cornelio Celso con el método hemostático de ligadura arterial, procedimiento más adecuado y menos doloroso que la cauterización, y al que recurría preferentemente siempre que era posible. En relación con la talla vesical, mencionaba en su *Compilación*: «no utilizéis la cirugía más que cuando hayan fracasado los medios suaves y emolientes» (Potenziani, 2006).

En cuanto a otras prácticas urológicas menores o incruentas, es de destacar su innovación en la fabricación de las sondas uretrales, construyéndolas de plata, que resultaban más finas que las anteriores de bronce.

Con esas mismas sondas, Abulcasis adquirió gran habilidad en la realización de irrigaciones vesicales, introduciendo previamente el líquido irrigador templado en una vejiga de piel de cerdo, que acoplaba al extremo externo de la sonda (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 79-80).

La medicina árabe utilizaba la técnica de insuflar aire en la uretra para dilatarla (dilatación neumática), adelantándose diez siglos a lo practicado a finales del siglo XX. Se utilizaban catéteres de bronce, de plata, de cuerno de animal, de plumas de ganso, de cuero, de piel de anguila.

Su tratado de medicina y cirugía se mantuvo totalmente vigente, incluso durante el Renacimiento; en el siglo XII, Gerardo de Cremona traduce los libros quirúrgicos de Abulcasis al latín, al provenzal y al hebreo. Sus doctrinas se mantienen hasta que

aparecen los escritos sobre cirugía, en 1275, del eminente cirujano Guillermo de Saliceto (*ibid.*, p. 78)<sup>23</sup>.

Otras importantes figuras representativas de la medicina árabe del *califato occidental* fue Avenzoar (1091-1162), nacido en Sevilla. Describió la sarna, la pericarditis y la traqueotomía de urgencia. Igualmente se ocupó de la dieta de sus pacientes y fue gran alquimista. Sus textos traducidos al hebreo y al latín ejercieron gran influencia en la Europa medieval.

Maimónides (1135-1204), judío nacido en Córdoba, adquirió gran fama en El Cairo, y fue nombrado médico del sultán Saladino. Tradujo el canon de Avicena y escribió su conocido *Libro de Preceptos*.

Ibn al-Beitar, probablemente nacido en Málaga (ca. 1197-1248), dedicó su vida al estudio y clasificación de las plantas y sus efectos sobre las enfermedades, y lo recogió en su obra *Magna colección de medicamentos simples*. Se trata de un texto más importante por su valor filológico que por el científico, y en él se leen testimonios vertidos en la primitiva lengua popular romance de la península ibérica (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 56).

### 3.2.10. LA MEDICINA EN EL MEDIEVO

Al finalizar el siglo V d. C. y tras la caída del Imperio Romano de Occidente, son las bibliotecas monacales el único refugio y lugar fundamental de copia de los textos grecolatinos, gracias a lo cual se pudo rescatar algo del legado científico anterior (Ayuso Arroyo, 1992, p. 22).

Por el contrario, en el Imperio Romano de Oriente, permanece, sin solución de continuidad, la tradición médica hipocrática-galénica, plenamente racional (*id.*).

En el siglo V-VI, Aecio de Amida, nacido en Mesopotamia, llegó a ser médico personal del emperador Justiniano, y escribió su obra, constituida por dieciséis libros,

---

<sup>23</sup> El médico italiano Guillermo de Saliceto (c. 1210-1277) fue profesor en la Universidad de Bolonia y uno de los grandes maestros de la cirugía de la época medieval. Fue el primero en defender y acercar la importancia de la cultura al arte quirúrgico médico. Rompió con la tradición galénica. En 1275, escribió el tratado *Cirurgia* donde promovió el uso del cuchillo quirúrgico en vez de la cauterización, y sostuvo la importancia del conocimiento de la anatomía. Entre otras cosas, afirmó que era innecesario extirpar el testículo, en caso de hernias, como era habitual en su época (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 60).

cuyo título es *Tetrabiblión*, en el que describe úlceras del pene y grietas del prepucio, afecciones que cabe considerar de tipo venéreo. Quirúrgicamente, en el apartado urológico, sigue practicando la uretrotomía y la litotomía.

Un siglo más tarde destaca Pablo de Egina, autor de un *Tratado de medicina*, compuesto de siete libros que dedica el último a las afecciones quirúrgicas. Igualmente, describe una *úlcera del glande*, con llagas infectas de la verga.

Los tratamientos preconizados para estas dolencias son variados. Oribasios de Pérgamo (ca. 325-401), médico que realiza la transición de la medicina helenística a la medicina bizantina recomienda cataplasmas de miga de pan y lentejas y ungüentos de alumbre, vitriolo y mirra en las *fungosidades* de los órganos sexuales (Laín Entralgo, 1978, p. 151).

Las disurias eran tratadas con un repertorio farmacopéico que incluía aceite de escorpión, semillas de zanahoria y calabaza, la miel y grasa de vaca, cocciones y emplastos (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 22-23).

A partir del siglo VIII, la medicina bizantina se anquilosa y comienza a decaer, momento en el que los bizantinos son invadidos por el pueblo musulmán, el que al entrar en contacto con las obras médicas grecolatinas desarrollarán una brillante doctrina, denominada por Laín Entralgo (1978, p. 178) como «galenismo arábigo».

Coincidiendo en el tiempo, en Occidente, y gracias al impulso del emperador Carlomagno y a la gran labor realizada por los monjes, comienzan a desenclastrarse las obras médicas de la Antigüedad Clásica (Ayuso Arroyo, 1992, p. 23).

Alma de este denominado Renacimiento carolingio es Alcuino de York (735-805), promotor de la llamada *Academia o Escuela palatina* en Aquisgrán. Entre sus escritos, realiza una descripción de la medicina de aquella época: «Aquí vienen los médicos, los de la cofradía hipocrática; éste incide venas, éste mezcla hierbas en la olla, aquél cuece harina, otro prefiere la copa», y es esta toda la medicina del Occidente cristiano altomedieval resumida por Laín Entralgo (1978, p. 184): «sangrías, cataplasmas y bebidas medicinales».

De la Academia palatina y del mundo próximo a la Iglesia salen figuras que ostentan el control en las artes sanatorias. Entre ellas, el monje Dungal, quien reclamó para la medicina un puesto, el octavo, dentro de las Artes Liberales, cuyo estudio se consideraba fundamental en ese momento (Ayuso Arroyo, 1992, p. 25).

Entre otros personajes, también relacionados con la Escuela, cabe destacar a Rabano Mauro (780-856), abad de Fulda, quien compuso una obra médico-científica que



recogía buena parte de los escritos de Isidoro de Sevilla<sup>24</sup>, titulada *Physica seu universo*; Walfrido Strabo (808-849), abad de Reichnau, autor de un famoso poema médico en el que describe veintitrés plantas medicinales, algunas de las cuales tienen indicaciones urológicas; y Notker, abad del monasterio de Fulda y conocido como el «monje-médico» (Laín Entralgo, 1978, p. 184).

Debe destacarse que, en toda esta época, desde que el monje oriental Teófilo de Protaspatario (siglo VII) retomó en su *Tratado urológico* la práctica hipocrática de realizar un minucioso examen de la orina (uroscopia), se mantuvo como elemento diagnóstico fundamental e incluso pronóstico durante toda la Edad Media (Ayuso Arroyo, 1992, p. 25)<sup>25</sup>.

En el Occidente cristiano bajomedieval se mantienen a duras penas las tradiciones hipocrático-galénicas hasta que, a partir del siglo XI, comienzan a conocerse las obras más importantes de la medicina musulmana y retoman la dinámica del progreso científico-médico, a través de las traducciones árabes, realizadas en los grandes focos de Escuelas de Traductores de Córdoba y Toledo en España, y Salerno en Italia.

En Toledo se traducen, de la mano del judío Juan Avendahut Hispano y Dominicus Gundisalvus, y posteriormente por Gerardo de Cremona, los textos de Galeno, el *Canon* de Avicena, el *Libro de la viruela y del sarampión* de Razés y el de *Cirugía* de Abulcasis (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 58-60).

En Salerno, encrucijada de caminos del golfo de Paestum, en las proximidades de Nápoles y de la abadía de Montecassino, el judío Elinus, el griego Pontus, el árabe Adela y el maestro Salernus fundan la primera escuela de medicina del mundo occidental, denominada *Escuela Médica de Salerno*, donde se entremezclan las culturas, olvidando las rivalidades políticas y de credo, con la intención de consagrarse a las artes sanatorias. Con ello, se produce la transferencia de la enseñanza y del ejercicio de la medicina desde el estamento eclesiástico al laico (Lorén, 1975, pp. 179-185).

Figura clave, esencial en este movimiento hacia la secularización, que culminó con la creación de la que puede ser considerada la primera universidad de Occidente, fue

<sup>24</sup> San Isidoro de Sevilla (c.556-636), arzobispo de dicha ciudad durante tres décadas y erudito polímata, dedicó parte del libro cuarto de sus *Etimologías* a la medicina.

<sup>25</sup> La uroscopia se realizaba rutinariamente y bajo un estricto protocolo: en principio, se analizaba el color (blanco, pálido, amarillo oro, azafrán, rojo, vinoso púrpura, verde y negro); posteriormente, se miraba la consistencia (espesa, turbia, mediana y sutil); y, finalmente, los contenidos, de los que se analizaban su cantidad, color y sobre todo la posición que ocupaban, llegando a ser el símbolo médico de la Edad Media (Ayuso Arroyo, 1992, p. 30).

Constantino el Africano, natural de Cartago (ca.1010-1087); este tunecino, viajero impenitente, políglota verdaderamente superdotado, conocedor del árabe, del griego, del latín y de muchos dialectos, no solo copia y traduce los antiguos libros de la sabiduría clásica, sino que los interpreta. Tras su llegada a Salerno y ser colmado de honores en la corte de Giscard, renuncia a ellos y solicita ser admitido en la abadía de Montecasino, con el abad Desiderio. Allí se encierra en la valiosísima biblioteca del monasterio, donde los cruzados han ido depositando, como ofrendas, muestras de las diversas culturas, recogidas en sus idas y venidas a Tierra Santa, traduciendo del árabe al latín obras de Galeno y de la medicina árabe anterior a Avicena. Sus obras más importantes, el *Liber pantegni* y la *Articella*, jugaron un notable papel en la enseñanza de las novísimas facultades de medicina (ibíd, p. 180).

Un hito en la historia de la medicina (también desde el punto de vista social) es el papel jugado por las mujeres en la práctica y en la enseñanza de la medicina, y es que dicha Escuela-Universidad de Salerno abre sus puertas a la mujer, pues fueron aceptadas como profesoras y alumnas, en claro contraste con las posteriores universidades, donde la presencia femenina estará prohibida hasta finales del siglo XIX: Trótula, Rebeca, Abella y Constanza, que, al parecer, también intervinieron en su fundación, ejercieron la toxicología y la ginecología (id.).

Trótula de Ruggiero (1110-1160), que bien pudo enseñar obstetricia en aquel centro, nos legó un texto sobre dicha materia: *De mulierum passionibus, in et post partum*. Como se sabe, en esta época, la asistencia obstétrica y los asuntos relacionados con la lactancia eran competencia de las mujeres, que no tenían acceso a ninguna otra rama de la medicina (Lain Entralgo, 1978, p. 184).

La obra más famosa de la Escuela-Universidad de Salerno, escrita en verso, sobre dietética e higiene, *Regimen Sanitatis Salernitatum*, del que se hicieron numerosas versiones y unas trescientas ediciones, se convirtió en un libro de cabecera de todos los galenos hasta el siglo XVII. De este texto, escrito en latín, viene la costumbre que tenían los médicos de recitar versos cuando atendían a sus pacientes (Lorén, 1975, p. 182).

Dado que Salerno fue la primera facultad de medicina europea, en el siglo XII, y durante bastantes años, para ejercer la medicina en cualquier país europeo, había que revalidar los estudios de medicina en dicha universidad y realizar su juramento de honrar a la escuela.

Las condiciones y juramento de la escuela salernitana para recibir el doctorado eran los siguientes (De Pina, 2017, pp. 231-232):

«Aquel que recibe las insignias de los laureles del doctorado ha de probar por fe y por testigos, su nacimiento legítimo, edad no inferior a los veintiún años, siete años de públicos estudios, conforme con las determinaciones regias; y rigurosamente examinado; explicará públicamente puntos de Medicina, o en libro de Tegni Gal o el primero de Avicena o en el libro de los Aforismos. En las Artes, en el libro de la física o en el libro de los analíticos posteriores».

Y ligase por muchos juramentos (antes que le sean conferidas las insignias por el Rector o cualquier otro que el Rector cite) y son los siguientes:

1. No contradecir el santo o venerable del colegio.
2. No enseñar falsedades y mentiras.
3. No recibir de los pobres salarios.
4. Ordenar a sus enfermos el sacramento de penitencia.
5. No tener relaciones deshonestas con los boticarios.
6. No dar drogas abortivas a las mujeres grávidas.
7. Ni medicamentos venenosos al cuerpo humano.

Fue en Salerno donde por primera vez se llamó *doctor* al médico (Lorén, 1975, p. 182). Con el paso del tiempo y el nacimiento de nuevas universidades y facultades de medicina, se fue perdiendo esta imposición.

La Universidad de Montpellier (s. XIII-XIV) estuvo siempre muy ligada a la Corona de Aragón, y participaba de las culturas islámica y latina (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 59).

En ella impartió docencia el valenciano Arnau de Villanova (c.1235-1311) (Asimov, 1971, p. 54), que dejó una obra de gran contenido práctico, clasificando las enfermedades con una importante visión epidemiológica y publicando el primer manuscrito medieval sobre litiasis urinaria, el *Tractatus contra calculum* dedicado especialmente al Papa Bonifacio VIII, aquejado de cólicos nefríticos por cálculos, que le recomendaba un régimen de vida para realizar profilaxis de los cólicos (Potenziani Bigelli, 2006, p. 135).

Destaca igualmente Bernardo de Gordonio, docente en Montpellier durante 36 años, que escribió en 1305 el muy leído durante toda la Baja Edad Media y el Renacimiento *Lilium medicinae*, escrito en latín, pero inmediatamente traducido a las diferentes

lenguas romances (Laín Entralgo, 1978, pp. 199-200). En versión castellana, fue de uso obligado a lo largo de varias centurias y de ella se conservan diferentes manuscritos y ediciones (González de Reyes, 1697). <http://www.cervantesvirtual.com/obras/autor/bernard-de-gordon-15792>

En el campo de la cirugía, sobresalen el normando Henry de Mondeville (1260-1320), cirujano del rey de Francia Felipe IV el Hermoso y profesor de anatomía de las Universidades de Montpellier y París, que recomendó la cura limpia de las heridas, las cuales debían ser lavadas, para la extracción de cuerpos extraños y suturadas con destreza y sumo cuidado; y Guy de Chauliac (ca.1298-1368), autor del texto de cirugía más famoso en la Edad Media: *Chirurgia magna* (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 59).

En los siglos XIV-XV adquirieron gran auge las universidades de Padua y Bolonia, que comenzaron la implantación de la historia clínica como método de enseñanza y la disección de cadáveres humanos, con lo que resurgió la enseñanza de la cirugía, que tuvo como precursor a Guillermo de Saliceto (c.1210-1277), que escribió un tratado de *Anatomía topográfica* (ibíd, pp. 59-60).

En esta última, laica desde su fundación, Mondino de Luzzi (1275-1326) realiza las dos primeras disecciones de la medicina occidental (desde aquellas que practicasen Herófilo y Erasítrato en la Alejandría del siglo III), al anatomizar, en 1316, los cuerpos de dos mujeres, no sin el escándalo de los sectores políticos y religiosos más reaccionarios (Ayuso Arroyo, 1992, p. 29).

Por su contribución al desarrollo de la cirugía urológica, cabe destacar a Lanfranco de Milán (ca.1240-1306). Su formación médica la realiza en Bolonia y ejerce durante bastante tiempo en Milán, hasta que es expulsado, posiblemente por problemas políticos, y se traslada a Lion y después a París, donde adquiere gran fama. En 1296, concluye la redacción de su *Magna Chirurgia*, que dedica al rey de Francia, Felipe el hermoso.

Dicha obra, en lo teórico, se basa en la doctrina médica tradicional grecolatina y musulmana y, en lo práctico, en su dilatada experiencia como quiropráctico, a pesar de su escasa formación anatómica por la prohibición de la disección de cadáveres humanos. Su obra se compone de cinco tratados. Los dos primeros se ocupan de las *llagas y de las úlceras*; el tercero, se ocupa de las *apostemas* y de la *hernia o potra de los testículos*, el cuarto dedicado al *algebra* (como se denominaba a la disciplina que se ocupaba de las lesiones traumatológicas del aparato locomotor) y el quinto era un *antidotario*.

Aconsejaba el lavado de los órganos genitales con agua y vinagre a partes iguales, después de un coito «sospechoso» y, de no tener estos ingredientes, Lanfranco recomendaba lavar el miembro con la propia orina.

En cuanto a las heridas de pene, las etiquetaba de «muy temerosas por la muchedumbre de las venas, e de las arteras e nervios del mismo». Indica que el cirujano debe ser muy diligente en cortar la hemorragia, para lo que recomienda cauterizar «toda la llaga con cauterio de fierro ardiente e sea estancada la sangre...».

Con referencia a las «apostemas de los testículos o de la verga», si son calientes, «sea fecha sangría e sean entredichos el vino e la carne e el queso e todas las cosas dulces e todos los gobiernos engendrantes sangre e cólera...», y si fueran fríos, «se cura con vaciamiento de la materia por melezina o por positorio agudo, el qual se pone dentro en el siesso».

En cuanto al «cáncer de la verga», refiere que no cura hasta que sea quitado del todo.

Todo lo que nos relata Lanfranco de Milán no son sino ejemplos de lo que hacían otros muchos «cirujanos mayores» durante la Edad Media, incluyéndose las dolencias genitourinarias en tratados de cirugía general, siguiendo una ordenación eminentemente topográfica y sin ninguna otra particularidad, hasta que no a mucho tardar, la urología irá encontrando una doctrina verdaderamente propia (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 80-83).

Encaminando hacia la especialidad urológica debemos destacar a los cirujanos Henri de Mondeville (ca.1270-ca.1330); Guy de Chauliac (fallecido hacia 1368) y en especial a Mariano Santo de Barletta (siglo XIV) (ibíd, p.43) autor de una innovación en el abordaje quirúrgico para la extracción de las litiasis vesicales, denominada en su honor, *talla mariana* o *de gran aparato* (Rosa Kerman, 2013, pp. 172-173).

En el resto de las universidades europeas, predominaba en general la enseñanza de la medicina sobre la cirugía y la teología y filosofía sobre las ciencias de la naturaleza (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 60).

### 3.2.11. LA MEDICINA EN EL RENACIMIENTO

La Edad Media finaliza como comenzó, con una gran epidemia de peste negra; en el año 1348, se reinicia en Europa otra epidemia, que no finalizará definitivamente, en este continente hasta el siglo XVIII (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 66).

La peste negra está provocada por la *Pasteurella pestis*, transmitida al hombre a través de la picadura de la pulga *Xenopsylla cheopis* desde su principal reservorio peridoméstico<sup>26</sup>, la rata negra, que alcanzó Europa con las cruzadas, y de otros roedores salvajes. La picadura de la pulga produce la denominada *peste bubónica* (Bravo, 1969, pp. 325-332).

En esta epidemia falleció la tercera parte de la población europea y supuso el mayor desastre que ha sufrido Europa en todos los tiempos. Los venecianos aislaban los barcos sospechosos de transportar algún enfermo durante cuarenta días, dando nacimiento con ello al término de *cuarentena*, manteniéndose en la actualidad este tipo de medidas (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 67).

Los remedios aplicados, sangrías y evacuaciones, además de emplastos para madurar los bubones, resultaban tan ineficaces que la clase médica se desprestigió por mucho tiempo, pero no cabe duda de que hubo muchos médicos que, aun asistiendo impotentes, supieron hacer honor a su misión y a su vocación y asistieron con gran peligro de sus vidas a los enfermos, aplicando la *pobre ciencia* de que se disponía en aquel tiempo y ratificando que la historia de la medicina es la historia del error, pero confirmando que la medicina es una ciencia y una profesión que, como ninguna otra, ha extraído enseñanzas de sus propios desastres y, gracias a esto «hoy ya no son posibles catástrofes semejantes» (Lorén, 1975, p. 171)

Hacia la segunda mitad del siglo XV se inicia una convulsión sociocultural, con un talante crítico y de curiosidad, junto a una reconquista del mundo clásico grecolatino. Es el denominado *Renacimiento*, con el que se inicia lo que los historiadores llaman convencionalmente la Edad Moderna (Ayuso Arroyo, 1992, p. 37)

---

<sup>26</sup> Epidemiológicamente, la peste es una zoonosis trasmisible, es decir, una enfermedad de los roedores, particularmente de las ratas peridomésticas, cuyas epidemias preceden inexorablemente a las epidemias humanas. Las epidemias de peste humana siempre van precedidas de una epidemia en las ratas. Al morir la rata, la pulga de la rata, ya infectada, abandona el cadáver en busca de nuevos huéspedes y entre estos está el hombre provocándole la peste bubónica. La peste también puede transmitirse, entre humanos, vía aérea, produciendo la peste neumónica (Bravo, 1969, pp. 330-331).

Grandes acontecimientos colaboran a fomentar este movimiento, como la invención de la imprenta y el resurgimiento de la economía y del comercio, con la apertura de nuevas rutas hacia América, así como la aparición de una rica clase burguesa, que favoreció el desarrollo de la cultura.

Otro hito, no tan señalado, pero de gran repercusión para el estudio, fue el de la utilización de gafas para la corrección de los defectos visuales refractarios (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 71).

Todas las ramas humanísticas tuvieron un enorme desarrollo, aunque la medicina, a pesar del gran saber humanístico de los médicos del Renacimiento, con conocimientos de física y astronomía, además del griego y del latín, no conllevó un resurgimiento importante, puesto que seguía aferrada a los planteamientos hipocráticos.

La medicina impartida en las florecientes universidades seguía de una manera casi dogmática los conceptos de los grandes nombres de la medicina hipocrático-galénica. Por ello, las consideraciones fisiopatológicas seguían ancladas en los planteamientos galénicos.

No obstante, al final de este periodo, se retoma el *empirismo* y el *experimentalismo científico*<sup>27</sup>.

Se tradujeron los Aforismos de Hipócrates por Niccoló Leoniceno (1428-1524), docente en las universidades de Padua y Bolonia y la obra de Galeno, por Thomas Linacre (1460-1524), médico de Enrique VIII de Inglaterra (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 70).

En el año de 1474, Francisco López de Villalobos, médico del rey Fernando el Católico, del cardenal Cisneros, del duque de Alba y de Carlos I, escribe su libro *Sumario de la Medicina* (Potenciani, 2006). En él, relata en poesía, en quintetos

---

<sup>27</sup> Según Laín Entralgo (1978, p. 303), el saber médico ha tenido siempre como una de sus fuentes el *empirismo racionalizado*, «en ese modo de adquirir conocimientos valiosos y conquistar prácticas útiles a que solemos dar el nombre de “empirismo”; esto es, en el hallazgo fortuito o planeado de realidades nuevas, aspectos nuevos de realidades ya conocidas o nuevos comportamientos ante el mundo, sin que su descubridor —en un primer momento, al menos— haya intentado interpretarlos con un designio racional o teórico».

Según Sabater (2011, p 1), el *conocimiento científico* se basa en la elaboración de un sistema formal de entendimiento del mundo físico, al contrastar sus predicciones con los datos objetivos-numerables que adquirimos mediante la observación y la experimentación, que no es otra cosa que la observación de un objeto modificado de una forma dirigida por el científico.

dodecasílabos, los síntomas del prostatismo, de la destilación de la urina o estranguria (Pérez Albacete, 2000, p. 55):

*«Tenerse la urina se llama stranguria,  
y esto es quando sale goteando y poquita;  
si no sale nada, llamámosla suria,  
y si sale a ratos, se llama disuria;  
y es una la cura en todas escrita:  
aquesto procede de alguna frialdad,  
o llaga o calor, o de algún apostema  
questá en la vexiga, o en su vezindad,  
o está en la virtud, esta enfermedad,  
o es por humores mayormente flema».*

Theopastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), más conocido como *Paracelso*, médico versado en astrología, alquimia y ciencias ocultas, profesor de la universidad de Basilea, rompió radicalmente con la autoridad de los clásicos, llegando a la conclusión de que el saber médico tradicional no era sino un cúmulo de errores (Ayuso Arroyo, 1992, p. 41).

Con sus ideas, originó grandes debates con las autoridades académicas contemporáneas, lo que finalmente acabó con su expulsión de la universidad (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 70-71).

Su terapéutica la basó en remedios químicos, lo que le valió el título de *padre de la farmacología*. En una de sus obras más conocidas, *Paramirum*, formula sus concepciones nosológicas en su lengua vernácula (ibíd, p. 71).

Girolano Fracastoro de Verona (1483-1553) dio a conocer, en 1546, una enfermedad venérea, en las tropas que sitiaban Nápoles: el denominado *mal francés* (sífilis) (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 71)<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> El denominado «mal francés», la sífilis, apareció en Europa poco después del descubrimiento del continente americano. La primera gran epidemia conocida de sífilis apareció tras el primer viaje de regreso de Colón de América (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 71). Posteriormente, analizando una epidemia en las tropas que sitiaron Nápoles en 1495, fue descrita por Fracastoro cincuenta años más tarde. Su



Jean Fernel (1497-1558), profesor parisino, acuña por primera vez el término *Physiologia*, en 1542, en su obra *De naturali parte medicinae*. El objetivo de esta fisiología era estudiar la naturaleza del hombre sano, de todas sus fuerzas y de todas sus funciones (Ayuso Arroyo, 1992, p. 39)<sup>29</sup>. \*\*\*

Los anatomistas comienzan a corregir los, a veces, errores de bulto de los intocables de la medicina como Galeno y Avicena, por lo que se conoce a este periodo renacentista como el *siglo de la anatomía* (Ayuso Arroyo, 1992, p. 39).

El más importante de todos ellos es Andrés Veslío (1514-1564) que, en su obra *De humani corpori fabrica libri septem* (Basilea, 1543), corrige errores de la anatomía galénica, basada en disección de animales, que siendo demasiado fiel a lo que en el cuerpo animal había visto, le lleva al autor a escribir en el prólogo de su *Fábrica*: «¡Tú, Galeno, que te dejaste engañar por tus monas!» (Laín Entralgo, 1978, pp. 263-264).

En su libro quinto describe con una gran perfección los órganos abdominales y los genitales masculinos y femeninos (íd.).

Dentro de este panorama general, en el apartado urológico, los médicos españoles tienen una participación extraordinaria y se puede afirmar que en esta época comienza el nacimiento de la urología como especialidad (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 42-43).

Todavía existe entre médicos y cirujanos un gran distanciamiento de condiciones y prerrogativas, y continúan siendo la mayor parte de las dolencias urológicas susceptibles de cirugía, como en las épocas precedentes, y preponderantemente, la cirugía del denominado *mal de la piedra*.

Esta diferencia entre médicos y cirujanos la pone de manifiesto Miguel de Cervantes en su obra-entremés *El juez de los divorcios* (Williamsen, 1997), en la que Aldonza de Minjaca solicita al señor Juez que le sea concedido el divorcio, alegando entre otras razones: «porque fui engañada cuando con él me casé, porque él dijo que era médico de pulso, y remaneció cirujano, y hombre que hace ligaduras y cura otras enfermedades, que va decir desto a médico la mitad del justo precio» y Laín Entralgo (1978, p. 380) asevera que en la España del siglo XVII el puesto del cirujano en la sociedad era notoriamente inferior al del médico, y más cuando este podía ostentar el título de doctor.

---

agente etiológico, el *Treponema palidum* no se conoció hasta 1905 (descrito por Schudin y Hoffmann) (Bravo, 1969, pp. 474-475).

<sup>29</sup> La fisiología es la parte de la biología que estudia las funciones esenciales del organismo sano, considerado en su conjunto o en relación con los aparatos y órganos por separado. El estudio de las alteraciones funcionales del mismo es competencia de la fisiopatología (*GDM*, p. 1086).

No obstante, recalca el estudioso (id.), «a medida que crece la eficacia de la cirugía, la importancia social de quien la practica, haya o no haya leído una tesis doctoral, será tan alta como la del más encopetado internista».

Cabe decir, en este sentido, que en España, hasta el siglo XIX, se consideraban dos profesiones distintas, hasta que en 1827 se fusionan los títulos de médico y cirujano (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 122).

Dentro de este resurgimiento de eminentes cirujanos prácticos que, como hemos mencionado, van encaminando con sus aportaciones al nacimiento de la especialidad de urología, son dignos de mención los españoles Gutiérrez de Toledo, Valverde, Daza Chacón, Laguna, Fragoso y, sobre todo, Francisco Díaz; y entre los extranjeros, Pietro de Argelata (siglo XV) y, sobre todo, Ambrosio de Paré (1509-1590).

Ambrosio de Paré pasó de ser un simple cirujano-barbero del Hôtel de Dieu de París, a cirujano personal de varios monarcas franceses, tras su experiencia como cirujano de guerra. Fue un experto en la realización de la *operación de la piedra*, para las cuales ideó sondas e instrumentos específicos (Ayuso Arroyo, 1992, p. 43).

Hubo durante el Renacimiento verdaderas dinastías de *quiropáticos*, dedicados casi en exclusiva a la realización de la talla vesical y hasta tal punto que mantenían sus técnicas en secreto y solamente transmitían sus conocimientos a sus familiares.

Es el caso de los Colot, famosos barberos originarios de la Champaña, «cuyos pacientes casi siempre curan, pese a lo decepcionante, anárquica y mortal que es esta operación», y que llegaron a ser espiados por el cirujano de la cámara del rey, haciendo un agujero en el techo donde los Colot realizaban una operación (id.).

Es este el momento, por la temática de esta tesis, de resaltar la figura del que pudo ser el primer urólogo riojano, Francisco de Somovilla, (¿? -1574). Se cree que nació en Arnedillo (La Rioja) y fue el miembro más destacado de una familia de *litotomistas* riojanos que realizó su actividad médica en la segunda mitad del siglo XVI, a caballo entre su villa de origen, Arnedillo, y la Corte, en la que tenía que prestar servicio.

Su titulación de *maestro* o *maestre* hace referencia, por un lado, al reconocimiento de su capacidad técnica, y por otro, a la obligación de enseñar sus conocimientos, que, por ser eminentemente prácticos, no formaban parte de los estudios universitarios de medicina en su época.

Su contrato se encuentra citado en las *Quitaciones de Corte*: «Madrid a 17 de noviembre de 1566: Título de Cirujano de la Casa Real de S. M de Francisco de Somovilla, vecino de Arnedillo con 40.000 *maravedís* de salario al año “con cargo y

obligación de curar piedras y roturas y otras cosas a la familia de nuestra cassa”» (Jiménez Muñoz, 1977, leg 19).

En 1570 se presenta en la corte solicitando salario para enseñar sus conocimientos técnicos. Posteriormente, y como reconocimiento a este hecho, a 1 de noviembre de 1572, se incrementa su salario en 20.000 *maravedís* (Fernández Fernández, 2000, pp. 103-110).

Representa Francisco de Somovilla el modelo de cirujano práctico de la época. Por un lado, sus conocimientos los adquirió de modo *empírico*, gracias a la experiencia que pudo adquirir en el balneario de la villa de Arnedillo, recomendado en el siglo XVI para el tratamiento de las afecciones del aparato urinario (Sánchez Granjel, 1967, p. 11). Por otro lado, desarrolló su actividad junto a otros miembros de su familia, al estilo de otros grupos familiares europeos.

Falleció en la villa de Arnedillo en 1574, y sus herederos fueron beneficiados por cédula real, dada en S. Lorenzo en enero de 1576 (Fernández Fernández, 2000, pp. 103-110).

A su fallecimiento, la Corona contrata en 1577 a Diego de Somovilla, posiblemente hijo suyo, con el título de cirujano de la Casa Real «por la habilidad y experiencia que tenía en curar piedras, roturas y hernias», para continuar atendiendo, entre otras cosas, el *mal de piedra*, como era conocida en el s. XVI la enfermedad causada por la presencia de piedras en el interior de la vejiga de la orina (Pérez Albacete, 2000, p. 105).

Coetáneo de Francisco de Somovilla, destaca la figura de Francisco Díaz (ca.1512-1590), nacido en Rioseras (Burgos), dentro de una familia acomodada, y tras cursar sus primeros estudios en Burgos, se traslada a Alcalá de Henares, para satisfacer sus inquietudes universitarias y en cuya Escuela de Medicina se licenció.

Ejerció en Burgos, donde reafirmó sus preferencias por los temas quirúrgicos, y especialmente por los urológicos. Su talante humanístico, junto con sus cualidades de filósofo y literato, le llevaron de nuevo a la Universidad de Alcalá como profesor de Filosofía.

Posteriormente, pasa a ser cirujano de Felipe II, cargo que desempeñó durante ocho años (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 83-85).

Una de sus dos obras (*Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina*), editada en Madrid, en 1588, es considerada de singular trascendencia por múltiples estudiosos de la historia de la

medicina, como Gross y Sánchez y Buss (Ayuso Arroyo, 1992, p. 84), que le adjudican por ello el sobrenombre de *padre de la urología*.

Fue reeditada en varias ocasiones, en 1627 y en 1643, ambas en Madrid y, según opinión de Sánchez Granjel (1967, p. 9), el texto no fue superado en todo el siglo del Barroco, siendo uno de los mejores textos europeos de la época. Ha sido considerado como un tratado de urología y, desde luego, es el primer escrito digno de tal nombre de la historia de la medicina (Pérez Albacete, 2007, p. 837).

Está dividido en tres libros: el primero se ocupa de la *patología renal*; el segundo, de la *anatomía y patología vesical*; y el tercer libro lo dedica a las *afecciones de la verga* y a los *problemas de la orina* (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 84-85).

En su segundo libro, hace una precisa descripción de la glándula prostática:

«El cuello vesical es en los varones más estrecho que en las mujeres y más largo, y, a la verdad, aunque en un mismo camino para la orina, y en él está la diferencia, así en el tamaño, como en las partes donde se juntan; pero a la junta, así en varones como en hembras, ay un muerecillo que crece todo el cuello alrededor, y en este muerecillo tienen los varones un poco de carne esponjosa donde se detiene la simiente recogida para cuando se à de espeler, passando por cerca del grueso pecten, y de allí viene a la verga, junto su rayz...» (Francisco Díaz, 2016 [1588], p. 189).

En el tercer libro, Francisco Díaz describe el *instrumento cisorio*, de su invención, el primitivo uretrotomo (Pérez Albacete, 2007, p. 837), por lo que Samuel D. Goss le atribuye la invención del primer uretrotomo moderno con rango de verdaderamente útil (Hajdu, 2007, pp. 102-104).

Pero la gran contribución de Francisco Díaz, plasmada en su *Tratado*, es la concreción de la patología del aparato urinario femenino y urogenital masculino, con lo que sienta las bases formales de la disciplina de la urología como especialidad médico-quirúrgica (Ayuso Arroyo, 1992, p. 85).

La evolución y progreso en lo concerniente a la especialidad de urología en Europa continúa con los estudios anatómicos de Gabriel Falopio (1523-1562), mejorando a los de Vesalio (incluido el aparato genitourinario masculino) y Giovani-Filippo Ingrasia (1510-1574), que descubre las *vesículas seminales*.

Los discípulos de Paracelso sustituyen la tradicional *uroscopia* medieval por el pesado y el examen químico de la orina (ibid., p. 44).

### 3.2.12. LA MEDICINA EN EL BARROCO

A principios del siglo XVII no había demasiados avances en relación con el conocimiento médico-científico, pues persistían todavía las ideas del galenismo, aunque paulatinamente iban perdiendo consistencia, amparadas por los descubrimientos irrefutables y que progresivamente desembocarían en la llamada ciencia moderna, fundamentada en los comienzos del *método científico*.

Grandes personajes revolucionan todas las disciplinas científicas: Kepler, Descartes, Galileo, Sténon, Newton, etc. (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 44-47).

En el ámbito médico, debemos mencionar ilustres personajes que van sentando los fundamentos de la medicina moderna. Ejemplos brillantes son William Harvey, que en 1628 describió la circulación sanguínea general (circulación mayor) en su obra *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*; Antony van Leeuwenhoek (1632-1723), comerciante holandés y apasionado de las lentes, que él mismo fabricaba, inventó el *microscopio*, con el que Marcelo Malpighi (1628-1694), catedrático de las universidades de Pisa, Mesina y Bolonia, fundador de la denominada *anatomía microscópica* (histología), describió minuciosamente, en 1661, la red capilar arteriovenosa de los alveolos pulmonares, en su obra *De Pulmonibus*. Con estos hallazgos, quedó completado todo el sistema arteriovenoso del organismo, al unirse los conceptos de circulación mayor, descrito por Harvey, y los de circulación menor, descrito por Miguel Servet un siglo antes. También realizó estudios de las células sanguíneas, de la piel, del cerebro y la estructura renal, describiendo el *corpúsculo de Malpighi* (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 78-80)<sup>30</sup>. Éste está compuesto por una cápsula (de Bowman) en la que penetra una finísima *arteriola aferente*, que se enrolla sobre sí misma formando codos y que, al poseer un endotelio fenestrado, permite la *ultrafiltración sanguínea*, y se produce el denominado *filtrado glomerular*, que posteriormente y tras otros procesos, dará lugar a la orina (Figura 10). La sangre ya

<sup>30</sup> El glomérulo renal o corpúsculo renal de Malpighi es la «unidad funcional renal» (Rosa Kerman, 2013, pp. 128-129).

ultrafiltrada y depurada, abandona el glomérulo por la denominada arteriola eferente (*GDM*, p. 620).

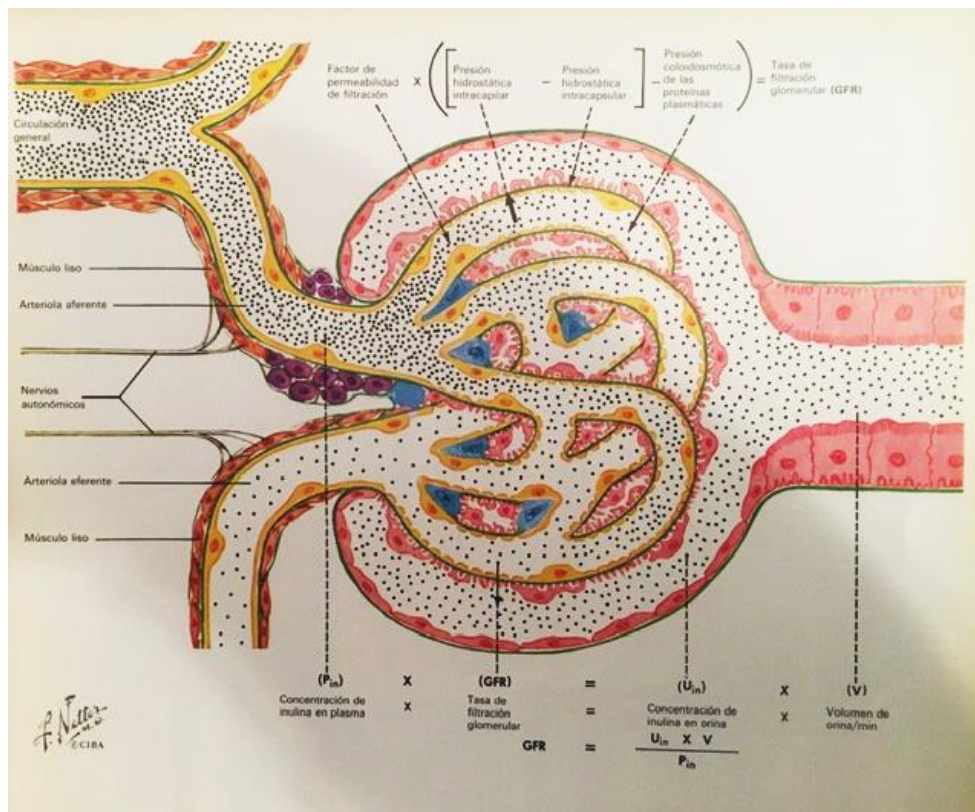


Figura 10. Glomérulo renal (de Malpighi). Fuente: F. Netter (1973). Tomo VI, p.39.

En 1672, Reinier de Graaf, describe la gónada femenina y el *folículo ovárico* (de Graaf)<sup>31</sup> (Ayuso Arroyo, 1992, p. 47)

La medicina de este tiempo estaba interpretada bajo dos planteamientos doctrinales enfrentados: el *iatroquímico* (seguidores de Paracelso), que consideraba que el funcionamiento del cuerpo humano era consecuencia de reacciones químicas; y el *iatromecanicista*, que consideraba al ser humano como una máquina regida por las leyes físico-mecánicas (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 44-45).

Franz de le Böe, iatroquímico convencido, nos legó estudios sobre jugos y líquidos orgánicos, procesos enzimáticos y del equilibrio ácido/base del organismo (*ibid.*, p. 45). Entre los iatromecanicistas, destacó René Descartes (1596-1650), quien, en su obra

<sup>31</sup> Se denomina folículo de Graaf a cada uno de los folículos ováricos (aproximadamente unos doscientos mil en cada ovario, al nacimiento) que, al madurar, a partir de la pubertad y por influjo de la folículo-estimulante hormona (FSH), van aumentando de tamaño y desplazándose a la superficie externa del ovario; su aspecto es el de una vesícula de 15-20 mm y al final de su maduración explota, liberándose un oocito maduro u óvulo (ovulación), capacitado para ser fecundado por el espermatozoide (*GDM*, pp. 1098-1099).

*Traité de l'homme* (ibid., p. 45) describió el «hombre máquina» (dientes-tijera, muelas-prensa, corazón-bomba, pulmones-fuelle, riñones-filtro...) (Asimov, 1971, p. 95).

Ante estas dos corrientes abiertamente enfrentadas, surgen los *eclécticos*, grupo del que sobresalió Thomas Sydenham, de quien cabe el mérito de escuchar el relato patográfico de sus pacientes y relacionar sus síntomas comunes definiendo lo que desde entonces se conoce como *cuadros clínicos*, que son el «conjunto de signos y síntomas» que se repiten en todos los pacientes de una misma enfermedad (Ayuso Arroyo, 1992, p. 45).

En el apartado referente a la urología, durante todo este siglo, persisten las ideas de Francisco Díaz y su *Tratado*, que se reimprime en Madrid en los años 1627 y 1643. Importantes capítulos de la urología (y de la medicina española, en general) constituyen las obras de Pedro García Carrero, Cristóbal Pérez de Herrera, Cipriano de Maroja, Henríquez de Villacorta, Miguel de Heredia, Torre y Valcárcel y otras prestigiosas figuras como Bravo de Sobremonte, que realiza una espléndida descripción del hidrocele.

En relación con la cirugía urológica, destacan López de León, Martín Arredondo, Ramírez de Arellano y Castillo. Salvo Arredondo, que sigue abordando los procesos litíasicos, de tanta tradición urológica, el resto de los quiroprácticos españoles del s. XVII se interesa más por los procesos ulcerosos y carnosidades de la verga (ibid., pp. 46-47).

Mientras que en España parece que ha perdido interés la *operación de la piedra*, en el resto de Europa la practican de rutina, con la nueva técnica, llamada de *gran aparato* (en contraste con la de *pequeño aparato o de Celso*) u otra más reciente, conocida como *alta* (ibid., p. 47)<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> La evolución temporal de la intervención denominada *operación de la piedra* o *litotomía* es la siguiente (Ayuso Arroyo, 1992, p. 47): 1) la denominada *sectio celsiana*, talla a la castellana o *apparatus minor*, relatada en el siglo I por Celso (Soubiran, 1980, p. 57); 2) la denominada *talla mariana*, talla italiana o *apparatus mayor* descrita por Mariano Santo de Barletta en el siglo XIV (Rosa Kerman, 2013, pp. 172-173). En ambas, el acceso a la vejiga se realiza por vía perineal, pero a diferencia de la primera, en la de gran aparato se utiliza una sonda vesical a modo de guía uretral, una serie de dilatadores y un instrumental específico para la extracción de la litiasis, diseñado por Mariano Santo; 3) la denominada *apparatus altus*, suprapúbica o *litotomía douglasiana*, publicada por Pierre Franco en 1561 y popularizada por John Douglas en el siglo XVIII (Rosa Kerman, 2013, p. 173).

Las dos primeras, de acceso perineal, por lo dificultoso, peligroso y el alto riesgo de lesión del cuello vesical, han sido abandonadas. En la actualidad, el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesical se realiza por vía endourológica, y se reserva la vía suprapúbica abierta para grandes litiasis (ibid., p. 173).

Durante esta centuria se realizan numerosos estudios esplacnológicos<sup>33</sup>, no solo por anatomistas, sino por médicos y cirujanos: A. van der Spiegel, J.C. Peyer, J.C. Brunner, J.G. Wirsung, N. Sténon, Th. Warton. Por su implicación en el apartado genitourinario, debe mencionarse a Lorenzo Bellini (1643-1704) con la descripción de los *túbulos renales* que llevan su nombre (Ayuso Arroyo, 1992, p. 47)<sup>34</sup>.

### 3.2.13. LA MEDICINA EN EL SIGLO DE LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICA

El afianzamiento del método científico, iniciado en el siglo anterior, conduce a descubrimientos más o menos trascendentales que hacen que los conocimientos médicos avancen sobre bases más sólidas y seguras. No obstante, continuaban las disputas de las teorías sobre la composición y funcionamiento del cuerpo humano.

Boerhaave pensaba que el cuerpo humano estaba compuesto de sólidos sumergidos en humores, animados unos y otros de los movimientos característicos de la vida, debidos a factores químicos, al calor y a los *espíritus vitales*. A esta doctrina se la conoce como *solidismo*.

Hoffmann, por el contrario, consideraba el organismo como una *máquina* en la que el movimiento es la expresión de la vida, básicamente hidráulico. Estaba representado por el movimiento circulatorio y la patología proviene del exterior a través del tubo digestivo.

Otras doctrinas del siglo XVIII que también gozaron de gran aceptación fueron el *animismo* de Stahl, el *vitalismo* de Bodeau o la *teoría de la irritabilidad* de Francis Glisson y Albrecht von Haller. Según esta última, la fibra era el elemento constitutivo elemental y básico de los organismos vivos, con la propiedad de la irritabilidad, y demostraba que los nervios son meros conductores de estímulos y que la contractilidad es una capacidad propia, sobre todo, de los músculos.

Todas estas teorías condicionan una variopinta explicación etiopatogénica de los diferentes procesos patológicos. Los tratamientos se basaban en recursos dietéticos o

<sup>33</sup> *Esplacnología* (del griego *σπλάγχνα* (*splanchna* 'vísceras'). Parte de la anatomía que describe las vísceras. Con este nombre se indicaban en la anatomía clásica todos los órganos contenidos en el tronco, es decir, en el tórax, el abdomen y la pelvis (*GDM*, p. 943).

<sup>34</sup> Los conductos papilares, también llamados conductos de Bellini o conductos colectores de Bellini, son un conjunto de conductos existentes en el riñón en los que confluyen los túbulos colectores procedentes de las nefronas. Los conductos papilares drenan en los cálices menores, los cuales confluyen en los cálices mayores, que finalmente desembocan en la pelvis renal, de la cual parten los uréteres (*GDM*, p. 2572).



medicamentosos, tanto de origen vegetal como animal o mineral (con los *simples* y *compuestos* galénicos aún presentes), o bien quirúrgicos.

Entre la terapéutica medicamentosa, hace su aparición al final de la centuria, la *homeopatía*, introducida por Samuel Hahnemann (1755-1843), sistema no fisiológico basado en la administración de dosis infinitesimales de fármacos que consideraba que su acción dependía más de sus cualidades que de su cantidad y que alcanzó numerosos adeptos en Francia (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 48- 53).

La medicina urológica sigue buscando las causas de los procesos litiásicos y de la patología vesical y peneana. Aparecen numerosos tratados médicos y quirúrgicos, en un principio englobados en la patología general y, finalmente, en obras monográficas, de las cuales cabe destacar en España: *Anatomía urogenital* (1728), de M. Martínez; *Disertación físico-botánica sobre la pasión nephrítica* (1763), de José Quer; y sobre todo, el *Tratado médico quirúrgico de las vías de la orina*, de Juan Naval, de finales de la centuria (1799) (*ibid.*, p. 56).

Es necesario desatacar, en este siglo de la *revolución científica*, la figura de Giovanni Battista Morgagni (1682-1771). Cursa los estudios de medicina en la Universidad de Bolonia, alcanza el grado de doctor en 1701 y adquiere gran fama como demostrador de anatomía. Ocupa la cátedra de medicina teórica de Padua (1712) y posteriormente (1715) la de anatomía, que desarrolla hasta su fallecimiento.

Se le considera el padre de la *anatomía patológica*. Su gran labor se fundamenta no solamente en la perfección de sus descripciones, sino en el hecho de relacionarlas con la *clínica* observada en el paciente.

Sus publicaciones son numerosísimas, pero la más interesante, donde aúna magníficamente sus grandes dotes de anatomista y de observador clínico, es su *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, concluida en 1760.

Trata la patología renal, la de los tumores vesicales y la de los órganos genitales. En este campo, puede decirse que a él se deben las descripciones más precisas y completas de la *hipertrofia prostática*, ya que, hasta ese momento, la patología de este órgano no había recibido todavía demasiada atención.

A partir de los trabajos de Morgagni sobre la próstata, los clínicos comenzaron a tener presente de manera más evidente que la glándula prostática enfermaba, de forma que se relacionaba su clínica, retenciones y obstrucciones urinarias con la hipertrofia prostática (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 85-87).

Muy distintas estructuras y componentes anatómicos llevan en la actualidad su epónimo. Concretamente, en nuestra especialidad, son las *lagunas de Morgagni* (cavidades sitas en la pared de la uretra esponjosa) y la *hidátide de Morgagni* (apéndice testicular)<sup>35</sup>.

Para ilustrar cómo se encontraba en este tiempo el estado de la cuestión sobre la patología prostática, recurrimos a un fragmento de un documento histórico (*apud* Ayuso Arroyo, 1992, pp. 53-54), en el que el marqués de San Leonardo relata en una carta dirigida a su hermano, el duque de Berwick y Liria, en enero de 1769, lo que parece ser un cuadro de *prostatismo*, comentado por el propio paciente. El marqués relata que:

«la destilación por vía de la orina ha quedado reducida a una humedad que no es regular, pero que apenas mancha la camisa; y al tiempo de orinar siento unas veces y otras veces menos un impedimento que no me quita el orinar libremente ni me incomoda mucho, ni duele, ni escuece, sólo me hace conocer que aquello no está como debiera estar...».

También hace referencia al tratamiento instaurado:

«empiece a tomar la leche de cabras un día de estos por la mañana, mediándola con agua de raví de Schina, y veremos cómo me sienta, dejando para más adelante, que será luego que entre la primavera, el uso de sueros y de píldoras de jabón...»

Se utilizaban remedios de origen vegetal, de muy antiguo empleo, junto con otros nuevos de origen químico. Se juzgan eficaces para provocar la orina la artemisa, la ortiga, el apio, el eneldo, la betónica, la camomila, el poleo, la satureja, el cerifolio, la eruca, el orégano, el serpol, la columbrina y el costo.

---

<sup>35</sup> La *hidátide de Morgagni* o apéndice testicular es una estructura vestigial, remanente embrionario del conducto de Müller, que en la mujer forma el útero, el cérvix y los dos tercios superiores de la vagina, atrofiándose en el hombre. Está formado por tejido fibroso y un eje vascular (Rosa Kerman, 2013, pp. 144-145). Por un mecanismo de rotación, se puede producir un estrangulamiento del pedículo vascular, con su consiguiente proceso inflamatorio o necrótico, conocido como *torsión de la hidátide de Morgagni* (Garat, 1994, pp. 690-691). Siempre que se opera un testículo, dicho apéndice se reseca en evitación de su posible torsión.

### 3.2.14. LA MEDICINA DESDE EL SIGLO XIX HASTA LA ACTUALIDAD

A partir del siglo XIX, la medicina recoge todas las aportaciones precedentes, cribándolas y elaborando sobre ellas la actual ciencia médica, basada en descubrimientos, progresos técnicos e inventos sin precedentes, abriendo unas expectativas inusitadas (Ayuso Arroyo, 1992, p. 56).

Finalizado el periodo del romanticismo, movimiento de transición del siglo XVIII hacia el siglo XIX, surgido en Inglaterra, Alemania y Francia, y desde allí se extendió a todo el mundo occidental, incluido el continente americano (Imaginario, 2021), se afianza el método científico, iniciado en el siglo XVII con los postulados de Descartes; se consolida el carácter analítico en la investigación, la necesidad de un punto de partida metódico, la conexión de la evidencia directa y el encadenamiento deductivo en el desarrollo del método, finalizando con ello en la actual filosofía de la medicina contemporánea y estableciendo la relación anatómica de la enfermedad con la lesión clínica.

Esta investigación metódica y analítica, se traduce en el campo de la urología en estudios como el realizado por R. M. Sullivan, que en 1816 se doctora en el Colegio de Cirujanos de Nueva York, con una tesis que aborda monográficamente el estudio de la próstata, probablemente, la primera publicación de estas características del nuevo continente.

Un año más tarde, G. Langstaff describe en Inglaterra, tras realizar una necropsia a un paciente con metástasis óseas y pulmonares, el que puede ser el primer caso documentado de una *neoplasia de próstata* y, en 1822, O. Beling publica en Berlín un tratado monográfico sobre el cáncer prostático, cuyo título es *Degeneración carcinomatosa de la glándula prostática*.

En 1858, Henry Thompson publica la obra *La próstata hipertrofiada. Su patología y tratamiento*, indicando que a veces es necesario realizar una biopsia o analizar la orina, en busca de una degeneración maligna de la próstata.

Todos estos estudios se llevaron a cabo a raíz de que Morgagni publicara sus trabajos sobre la próstata y pusiera en evidencia que la glándula prostática enfermaba (Ayuso Arroyo, 1992, p. 57).

Otros órganos del aparato genitourinario también son objeto de estudio, como el publicado por Richard Bright, en Londres, que en 1827, en su *Memoria del Guy's Hospital*, analiza y describe el *síndrome urémico* con albuminuria, anasarca y las

lesiones renales; desde entonces se conoce a los pacientes con insuficiencia renal terminal como *enfermos brightonianos* (*ibid.*, p. 59), y a su padecimiento como *enfermedad de Bright* (Culebras, 2018, p. 735), con sus síntomas de boca seca, sed intensa, hipertensión, isostenuria, etc. (De la Peña, 1962, p. 59).

En Francia, destacan Pierre Rayer, que en 1839 publicó su *Traité des maladies des reins* y, sobre todo, Jean Felix Guyon (1831-1920), autor de *Annales des maladies des organes génito-urinaires* y *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate*. Junto con P. Bazi, publicó un *atlas sobre efectos urológicos y lesiones de cistitis y prostatitis* (Ayuso Arana, 1992, p. 59).

Hasta la segunda mitad del siglo XIX, la cirugía urológica no realiza grandes progresos; se continúa con la talla vesical o litotomía, las incisiones para el drenaje de abscesos perirrenales y el cateterismo uretral (Borobia López, 1992, p. 20). Es a partir de los últimos cincuenta años cuando se produce un auge espectacular que da origen a la especialidad de la urología. Tenemos que llegar al año 1860, en el que se realiza la primera ablación completa de la próstata, por Theodore Billroth (Ayuso Arana, 1992, p. 60).

Como hemos ido recalando en este somero repaso de la historia de la medicina, la actividad médico-quirúrgica en patologías urológicas ha existido desde la prehistoria, pero es gracias a la invención del *cistoscopio* (Fotografía 15), en 1885, por Nitze (*id.*), cuando nace con luz propia esta moderna especialidad (Rosa Kerman, 2013, pp. 152-



153).

*Fotografía 15. Cistoscopio, primer tercio del s. XX. Procedencia: Colección Científico-Médica de la Universitat de València. Fuente: Josep L. Fresquet (2013)*

En palabras de Alfonso de la Peña, con el cistoscopio se hizo posible la urología, impulsando como nunca el estudio de la patología vesical y prostática (Borobia López, 1992, pp. 20-21).

Fue el Dr. Alfonso de la Peña Pineda (1904-1971) el introductor de estas innovaciones tecnológicas en España. Hijo del urólogo Leonardo de la Peña y doctor en medicina (1928) con su tesis sobre *La próstata como foco de infección*, se formó y especializó en urología como pensionado en Norteamérica durante tres años (Clínica Mayo de Rochester). En 1933 regresó a Madrid, pero con una beca volvió a trabajar en clínicas norteamericanas, captando los últimos adelantos y técnicas urológicas. Fue catedrático de urología en la Facultad de Medicina de Madrid (1948) y miembro de diversas academias científicas. Ocupó el sillón n.º 14 de la Real Academia Nacional de Medicina, desde 1968, con un discurso de ingreso titulado *Epistemología urológica (evolución de un saber)* (Fuente: Real Academia de la Historia). Publicó numerosos trabajos en revistas nacionales, francesas, alemanas y americanas, tales como los monográficos de *La próstata*, *La próstata y sus enfermedades*, *La resección transuretral de la próstata*, o artículos originales sobre los diversos efectos y problemas que presenta la uretra y genitales, el riñón, etc. (Pérez Albacete, 2005, pp. 170-172).

Junto a esta pujanza tecnológica, cabe reseñar el gran impulso doctrinal de Jean Felix Guyon (1831-1920), profesor de patología quirúrgica en la Facultad de Medicina de París, excelente clínico y cirujano, fundador del hospital-escuela Necker, autor de *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1883-1913) y *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate* (1881) (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 90-93). Debe tenerse en cuenta, igualmente, su determinación en introducir y promover los principios de la *asepsia* y *antisepsia*<sup>36</sup> en urología, siguiendo los trabajos y tesis del británico Joseph Lister (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 94). Con todo ello dejó sentadas las bases de la urología moderna (Borobia López, 1992, p. 21).

Es su discípulo el hispanocubano Joaquín María Albarrán y Domínguez (1860-1912), quien, con su obra, sustancialmente centrada en la urología, desarrollada a lo largo de casi treinta años, con dedicación exclusiva al estudio de las enfermedades de las vías

---

<sup>36</sup> Joseph Lister (1827-1912) (Asimov, 1971, p. 237) desarrolla los primeros métodos antisépticos reales y los emplea en intervenciones quirúrgicas (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 94 y p. 122). El término *asepsia* significa, literalmente, ausencia total de microorganismos patógenos. Es decir, implica que no esté contaminado lo que sea preciso proteger, como las heridas operatorias, fármacos, comidas o bebidas (Wowes, 1974, p. 242). Antisepsia es el conjunto de procedimientos que efectuar para la eliminación de los microorganismos patógenos que puedan producir infecciones en el organismo humano (*ibid.*, p. 186).

genitourinarias, quien enmarca y delimita la disciplina que se había configurado como tal poco tiempo atrás (Ayuso Arroyo, 1992, pp. 88-90).

Nacido en Villa de la Concepción de Sagua la Grande (Cuba), el 9 de mayo de 1860, estudió medicina en Barcelona y obtuvo su licenciatura en 1877 (Alonso Bermúdez, 2013, p. 521). Dos años más tarde, recibió el grado de doctor, tras realizar los correspondientes estudios en Madrid (Tallada Buñuel, 2015, p. 24). De la capital catalana marchó a París, donde volvió a cursar la carrera de medicina, adoptando la ciudadanía francesa (Alonso Bermúdez, 2013, p. 521).

Recibió numerosos premios científicos y su tesis doctoral titulada *El riñón de los urinarios* (1889) fue reconocida como la mejor tesis de la Facultad de Medicina de París (Borobia López, 1992, p. 21).

En 1906, por votación unánime, accede a la Cátedra de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sorbona denominada *Clínica de las enfermedades de las vías urinarias*, donde impartió la lección inaugural *Clinique des maladies des voies urinaires*, haciendo en su primera parte un brillante y detallado repaso de la historia de la urología (Tallada Buñuel, 2015, p. 32).

Posteriormente, se encargó de dirigir la prestigiosa Escuela Necker (1906), reputada por aquel entonces como la más importante de Europa en la especialidad de urología (Ayuso Arroyo, 1992, p. 88). Continuó sumando numerosos premios, distinciones y membresías de numerosas instituciones científicas. Fue nombrado presidente de honor de la Asociación Española de Urología (AEU) (Insausti, 1985, p. 23).

Fue autor de más de trescientas publicaciones, entre las que destacan sus tratados sobre *Tumores de la vejiga* (1891), *Enfermedades quirúrgicas del riñón y del uréter*, *Enfermedades de la próstata y estrecheces de la uretra* (1900), *Tumores del riñón* (1903), *Exploración de las funciones renales* (1905) y *Medicina operatoria* (1908), consideradas obras cumbre de la urología de su tiempo (*ibid.*, p. 89).

Con él, se inauguró la cirugía prostática en Francia e impulsó la renal; popularizó la práctica de la cistoscopia, método que perfeccionó al llegar a diseñar y construir el primer instrumento clínico para el cistoscopio, conocido como *uña de Albarrán*. Este era capaz de conseguir, con dicho suplemento, la llegada al riñón de una sonda y permitía, además de la exploración del uréter, la recogida de la orina de cada riñón selectivamente (Rosa Kerman, 2013, pp. 4-5), facilitando con ello los primeros trabajos sobre la capacidad funcional del riñón, y su conocido trabajo de la *poliuria experimental* (Ayuso Arroyo, 1992, p. 89).

Entre los años 1888 y 1901, impartió un curso regular sobre las enfermedades de las vías urinarias y, durante el curso 1903-1904, dictó una serie de lecciones sobre la sintomatología de las enfermedades del aparato urinario en la Facultad de Medicina de París (Fresquet, 2003).

En 1908, presidió el primer Congreso Internacional de Urología, celebrado en París, del 30 de septiembre al 3 de octubre (Pérez Albacete, 2007, p. 1030).

En la 44.ª Reunión de la AEU (Madrid, 1960), se llevó a cabo un homenaje al Prof. J. Albarrán, presidente de honor de la AEU (Guiurbino, 2011, p. 14 y p. 18), en el centenario de su nacimiento y en el que los doctores Roger Couvelaire, Pedro Laín Entralgo y Ángel Pulido Martín, glosaron su figura (Insausti, 1985, pp. 131-132).

Laín Entralgo dijo de él:

«Poseía un dominio verdaderamente magistral de aquello que él intentaba superar: la concepción anatomoclínica de la Urología. [...] y sin dejar de ser urólogo clínico se convierte en anatomopatólogo de las vías urinarias.

[...] que impone al médico el precepto de considerar, diagnóstica y terapéuticamente, las alteraciones de los órganos contiguos a aquél en que la lesión asienta, y la lección, negeliana, si queréis, de que en historia sólo hay una fuente lícita y eficaz de «superar», consistente en «asumir».

Del aumento de nuestros conocimientos y la necesidad de la división de trabajo [...] han nacido las especialidades, pero si entre éstas hay una que exige del que a ella se consagra una cultura general extensa y conocimientos médicos que excedan ampliamente de la esfera anatómica del aparato en cuestión, tal especialidad es el estudio de las enfermedades de las vías urinarias y de la patología renal». (Insausti, 1985, pp. 131-132).

Durante la celebración del LXXVII Congreso Nacional de Urología, en Vigo, con motivo de la celebración de un homenaje y exposición, organizada en la memoria de Joaquín Albarrán en el centenario de su fallecimiento, fue donada a la AEU el manuscrito original de su tesis doctoral, el cual estaba depositado en la facultad de Medicina de París (Fernández-Arias, 2014, p. 43).

Se utilizan varios epónimos con el nombre de Albarrán (Rosa Kerman, 2013, pp. 4-5): las *glándulas de Albarrán*, que son las pequeñas glándulas submucosas que se observan en la región subcervical de la próstata; el *signo de Albarrán* patognomónico de

cáncer en la pelvis renal, que consiste en la hemorragia que sobreviene, durante un cateterismo ureteral, cuando el líquido inyectado distiende la pelvis renal; la referida *uña de Albarrán*, aditamento o complemento de trabajo que se monta en los cistoscopios para dirigir los catéteres ureterales; la *prueba de Albarrán*, que consiste en valorar el grado de funcionalidad renal midiendo volumen y concentración de la orina eliminada por dicho riñón; la *enfermedad de Albarrán* o colibaciuria (Alonso Bermúdez, 2013, p. 521); la *operación de Albarrán* o resección de la pelvis renal dilatada; el *uretrotomo de Albarrán*, que es un instrumento que sirve para realizar cortes a ciegas, de la estrechez uretral, siguiendo a una guía flexible que ayuda a sobrepasar la estrechez; y el *síndrome de Albarrán-Ormond* o fibrosis retroperitoneal idiopática, todavía de origen desconocido.

La especialidad de urología, como todas las demás ramas de la medicina y de la cirugía, a partir de estos momentos, están en continua evolución; los progresos técnicos y científicos son conocidos y divulgados con suma rapidez, consiguiéndose con ello un incremento de los mismos de forma encadenada. Junto a ello, la formación de los médicos especialistas se realiza en los grandes hospitales. Con ellos se logra una uniformidad en su formación sin que se llegue a evidenciar una gran diferencia entre los diferentes componentes de cada unidad funcional especializada (Guiurbino, 2011, p. 3).

Por ello, a partir de este momento, no vamos a indicar nombres (sería una labor demasiado extensa) de los extraordinarios especialistas que ha habido hasta los últimos años del siglo XX y comienzos del XXI. Lo que sí vamos a destacar son los procedimientos y la tecnología que han hecho posible este rápido progreso y que nos han llevado a la actual *medicina científica*<sup>37</sup>, especialmente, en lo concerniente a la consolidación de la urología (Ayuso Arroyo, 1992, p. 63).

Entre las efemérides de la antisepsia, cabe resaltar la protagonizada, en la primera mitad del siglo XIX, por William Steward Halsted (1852-1922), perteneciente a la época gloriosa de la cirugía que denominamos *revolución quirúrgica* y que pronto ganó una gran reputación como cirujano y como entusiasta de los métodos antiséptico y aséptico (Fresquet, 2004).

Desde 1890, fue cirujano jefe del recién inaugurado hospital de la John Hopkins University y en 1892 fue nombrado primer profesor de Cirugía de la Escuela de

---

<sup>37</sup> Se entiende por tal, según el *DTM*, la medicina que sustenta la etiología, la patogenia, el diagnóstico, la terapéutica, la rehabilitación y la prevención de las enfermedades en verdades científicas epistemológicamente derivadas de la investigación clínica y experimental.



Medicina. Su ayudante en el quirófano, la aristocrática Carolina Hampton, con la que se casó en 1890, padecía una dermatitis que se veía acusada por los antisépticos que se utilizaban entonces, por lo que Halsted pidió a la firma *Good Year* que le fabricara unos guantes de goma. Este fue el comienzo del uso de los guantes en los quirófanos. Con ello se pasó de proteger a alguien que padecía una enfermedad a proteger el campo quirúrgico estéril (antisepsia) de las manos del cirujano y de las de los ayudantes (*ibid.*, 2004).

Otro de los hitos que ha conducido al progreso de la cirugía, en todas las especialidades, fue la introducción de la anestesia. Ya Hipócrates decía: «Lo que no cura la palabra, lo cura una hierba. Lo que no curan las hierbas, lo cura el cuchillo. Lo que no cura el cuchillo, lo cura la muerte» (Botirdeth, 1998, p.180). Pero la cirugía tenía un hándicap, el dolor, lo que provocaba que solamente se realizaran las cirugías estrictamente necesarias (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 104-106).

Multitud de procedimientos se han utilizado, a lo largo de la historia, para mitigar el dolor: el alcohol, el beleño, el cáñamo, el opio o el acónito, todos ellos sin mucho éxito (Hervas Puyal, 1986). Por ello, una de las cosas más valoradas en otras épocas era la habilidad del cirujano, lo que reducía el tiempo quirúrgico y, por ende, el dolor (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 104).

La planta más utilizada fue la *mandrágora*. Ya en la Edad Media la recomendaba la monja benedictina santa Hildegard von Bingen (1150) «contra el dolor y el malhumor» (id.). Algo más tarde (S. XIII), se utiliza como anestésico la denominada *esponja somnífera* o *soporífera*, que consistía en una mixtura de opio, beleño y mandrágora, la cual se absorbía por las mucosas oral y nasal (Hervas Puyal, 1986, p. 500) y que fue utilizada, según Laín Entralgo (1982, p. 233) por Teodorico de Lucca, obispo de Cervia (1206-1298).

Todos estos métodos descritos no conseguían calmar el dolor provocado por la intervención quirúrgica, por lo que debía de soportarse la denominada *tortura quirúrgica*, con procedimientos de inmovilización (Figura 11) (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 104).

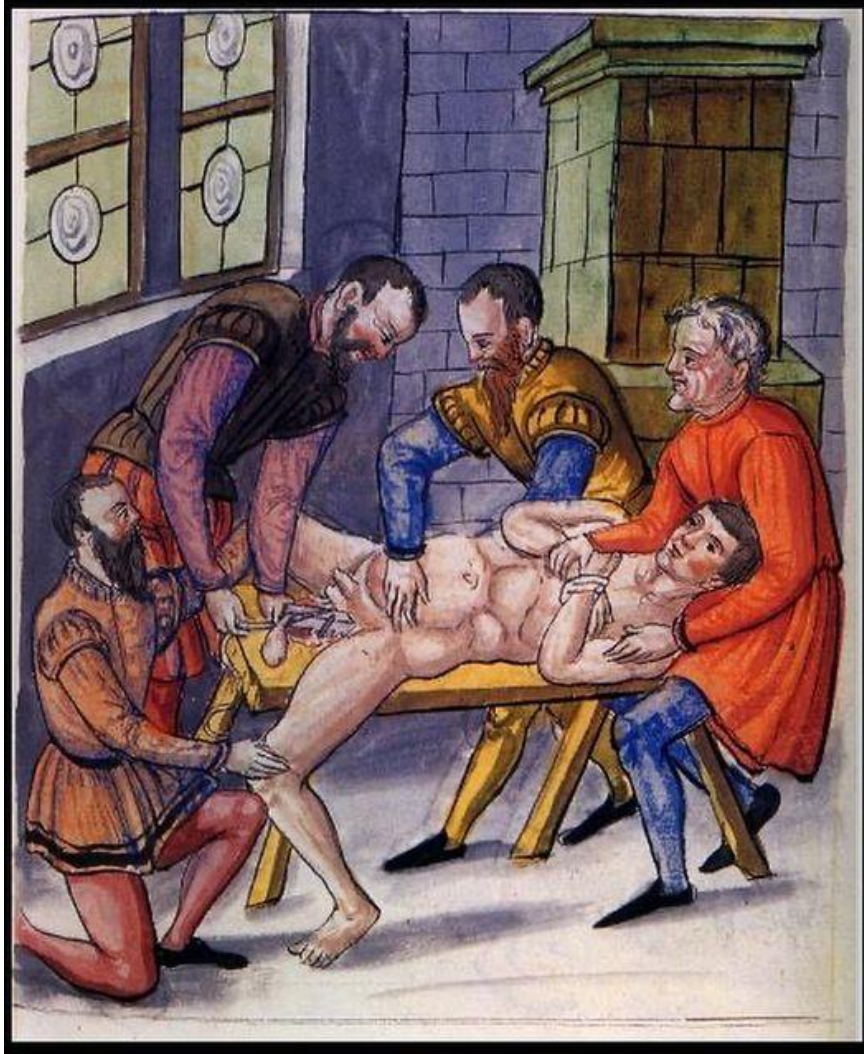


Figura 11. «Tortura quirúrgica» en operación de hidrocele. Autor: Anónimo. Fuente: Pérez Albacete (2000, p. 68)

En el siglo XVIII, se producen unos tímidos intentos, con el fin de obtener un sueño anestésico, que dan inicio al método psicoterápico del *mesmerismo* o *magnetismo animal*<sup>38</sup>, y que junto al *hipnotismo*, defendido por Braid (1843), han sido objeto de rechazo y no se consideran técnicas efectivas (*ibid.*, p. 105).

En 1796, Humphry Davy dio a conocer la utilidad del *protóxido de nitrógeno* como hipnótico quirúrgico, pero sus demostraciones no fueron bien acogidas por la

<sup>38</sup> El *mesmerismo*, según el *DLE* (s. v.) es la ‘doctrina del magnetismo animal expuesta en el siglo XVIII por Franz Anton Mésmer’. Se basa en la idea de una *fuerza magnética* capaz de controlar el cuerpo (Asimov, 1971, p. 164). Su método psicoterápico, basado en dicha doctrina, fue el precursor de la *hipnosis*, desarrollada por James Braid (*ibid.*, p. 268) y reutilizada en psiquiatría por Sigmund Freud, con el que se conseguía que el paciente hablara de recuerdos dolorosos, que en estado normal no recordaba (*ibid.*, p. 447).

comunidad médica y su utilización se quedó relegada a un mero *juego de sociedad* e incluso a *prácticas circenses* (aplicaciones debidas a los efectos secundarios que produce el protóxido de nitrógeno, que provoca unas irresistibles ganas de reír y sensación de embriaguez) (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 105).

En una de estas representaciones, en el circo de Samuel Colt (fabricante del famoso colt 45), Horace Wells, dentista de Boston, presenció la cura de una importante herida de uno de los artistas del circo, bajo los efectos del *gas hilarante*, sin presentar ninguna sensación dolorosa. Veinticuatro horas más tarde, su colega, el Dr. Riggs, extrajo al propio Wells, una muela bajo los efectos del protóxido de nitrógeno (1844).

Posteriormente, Wells realizó una demostración pública en la Universidad de Harvard que resultó un fracaso inexplicable y fue abucheado por los asistentes, motivo por el cual abandonó la profesión de dentista (*id.*). Su socio y compañero, el dentista William T. G. Morton (1819-1868), introdujo el *éter sulfúrico*, y realizó en 1846 una demostración de cirugía no odontológica en la misma Cátedra del Dr. Warren, donde su compañero había sufrido un decepcionante fracaso (*id.*).

Posteriormente, en 1847, un médico de Edimburgo, James Young Simpson (Asimov, 1971, p. 319) se encontraba especialmente obsesionado por aliviar el tremendo dolor que acompañaba a las mujeres al dar a luz. Simpson no acababa de estar convencido con el éter sulfúrico, por lo que probó en él y en su familia distintas sustancias hasta descubrir el efecto analgésico del *cloroformo*.

Pero el estamento médico se revolvió contra Simpson, y todas las instituciones oficiales declararon que aquella idea era una aberración y que el dolor era algo consubstancial al parto, que no debía ser eliminado, porque tal cosa sería antinatural. Un rechazo al que se sumaron las autoridades religiosas, que no dejaban de citar el *Génesis* y el castigo divino hacia la mujer: «Multiplicaré en gran manera tus dolores y tus preñeces; con dolor parirás los hijos» (*Gn 3, 16*). Al parecer, Simpson replicaba a ello, con poco éxito, que también según el *Génesis*, Dios habría dormido a Adán antes de extraerle una costilla: «Y Jehová Dios hizo caer sueño sobre Adam, y se quedó dormido: entonces tomó una de sus costillas, y cerró la carne en su lugar» (*Gn 2, 21*).

El cloroformo se popularizó rápidamente tras la difusión de la noticia de que la reina Victoria de Inglaterra, embarazada por octava vez a los 33 años, se hizo anestesiar por John Snow, el 7 de abril de 1853. Después de 53 agónicos minutos, la reina dio a luz sin complicaciones a su octavo hijo, el príncipe Leopoldo. La reina Victoria aún daría a luz

en 1857 a su novena y última hija, la princesa Beatriz, también con la asistencia de John Snow como anestésista.

La noticia corrió como la pólvora y, repentinamente, desaparecieron los prejuicios contra el cloroformo y la anestesia en los partos se puso de moda (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 106).

Tanto el cloroformo como el éter se popularizaron, aunque fue este último el más profusamente utilizado (Hervas Puyal, 1986, pp. 322-323).

Uno de los grandes defensores de las virtudes de la utilización del éter fue el malagueño Antonio Morales (1848-1930), catedrático de cirugía de Barcelona, que mejoró técnicamente su utilización con un método que denominó *termoeterización* (ibid., p. 318).

A punto de finalizar el siglo, nuevos anestésicos van introduciéndose progresivamente, como el *cloroetileno*, en anestesia local, la *cocaína*, en aplicación ocular (1884) y troncular nerviosa o anestesia de conducción, por William Halsted (1885), e incluso en la cavidad raquídea, por August Bier (1898).

Las investigaciones y experimentos anestésicos se sucedían con gran rapidez. Pirogor usó en Rusia la vía rectal y Oré, en Francia, implantó la vía venosa (1874).

Ya iniciado el siglo XX, tras la síntesis del *veronal* (ácido barbitúrico que se utiliza como somnífero y tranquilizante), se comenzó a utilizar la vía intravenosa con barbitúricos, hasta llegar a la actualidad con los *métodos anestésicos endotraqueales*, con una perfecta monitorización de gases y control de todas las constantes de pulso, tensión arterial temperatura, oxigenación, electrocardiograma, etc. (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 106).

Al comienzo de la era anestésica, era el propio cirujano quien la realizaba, pasando después a manos de practicantes y/o enfermeras, hasta que progresivamente se ha ido sustituyendo por médicos especialistas en anestesia y reanimación (en España, desde los años 1940-1950) (*id.*).

En este sentido, Joaquim Trias (*apud* Hervas Puyal, 2003, p. 203) comentaba:

«En algunos países, especialmente en Inglaterra y Estados Unidos, existe la profesión de anestesiador, procurando que los que la efectúan tengan una preparación adecuada a tan esencial menester, y todos debemos procurar seguir este ejemplo».

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, se produce un extraordinario desarrollo de la histología, la citología, la microbiología y la bacteriología, junto con un fomento en el campo técnico-instrumental, fisiológico, patológico y terapéutico (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 108-114).

En 1870, Thomas Clifford Allbutt diseña el *termómetro clínico* y en 1874 se sintetiza el *ácido salicílico* (*ibid.*, p. 125). En 1886, Ernest von Bergmann utilizó por primera vez la *esterilización por vapor* de los guantes y ropas del cirujano (Arana Amurrio, 2015, p. 83).

Otro de los descubrimientos que han permitido el progreso de la medicina en todas sus especialidades fue el realizado por Wilhelm Konrad Röntgen (1845-1935), profesor de física de la Universidad de Wurzburg, empeñado en buscar una explicación científica a la fluorescencia que se producía cuando ponía en funcionamiento un tubo de Hittorf; casualmente, introdujo un tubo de Hittorf en una caja de madera que contenía una llave metálica y al apagar la luz de la estancia vio con asombro la imagen de la llave nítidamente a través de la madera. Es decir, descubrió una luz capaz de atravesar los cuerpos blandos y al no conocer su naturaleza los denominó *rayos X* (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 98-100).

El 22 de diciembre de 1895 realizó la primera radiografía de la historia, proyectando un haz de aquellos rayos sobre la mano de su esposa Berta, colocada sobre una película fotográfica (carrete de Ruhmkorff) que, tras su revelado, reprodujo los huesos de la mano de su esposa y visiblemente su anillo colocado en la falange de su dedo anular (*Fotografía 16*) (Díaz-Rubio, 2014, p. 84 y p. 100)



*Fotografía 16. Primera radiografía. Procedencia: K. Röntgen. Fuente: Díaz-Rubio (2014, p. 83)*

Queda su frase de cuando vio la primera radiografía que realizó: «¡He visto la muerte!». Röntgen, nunca quiso patentar su invento y siempre dijo que lo quería dejar para beneficio de la humanidad (Díaz-Rubio, 2014, p. 82).

Su descubrimiento lo presentó en la Sociedad Físico-Médica de Wurzburg y rápidamente la noticia recorrió con inusual rapidez todos los círculos médicos europeos<sup>39</sup> y la Academia Sueca le otorgó en 1901 el primer premio Nobel de Física (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 100).

Una vez sentadas las bases del nuevo método exploratorio y sus aplicaciones, consiguió, tras su generalización, modificar el concepto de la urología moderna. A partir de este momento, la cirugía se tornó más conservadora, al contar con información poco antes desconocida, por lo que la nefrectomía pasó a ser el último recurso, solamente practicada en casos de cáncer renal, tuberculosis e hidronefrosis terminales.

La urografía de eliminación o *urografía intravenosa* (UIV) (Fotografía 17) sigue empleándose en la actualidad, aunque con medios de contraste radiológico con una mayor sensibilidad y menos efectos secundarios, sobre todo desde el punto de vista alergológico. Se ha considerado como la exploración fundamental del aparato urinario,

---

<sup>39</sup> En un principio, y siguiendo la idea expuesta por el Dr. Poyato Galán (apud Díaz-Rubio, 2014, p. 7) de que «una de las ciencias más antigua de la humanidad después de la guerra, la medicina [...]», la radiología fue utilizada inicialmente por los médicos militares para localizar cuerpos extraños (proyectiles) en heridos de guerra. En 1908, en Sudán, en una batalla en la que el general H. Kitchener derrotó a Mahdi y que fue la primera batalla filmada, fueron utilizados los rayos X por los médicos militares para explorar a los heridos (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 100). Posteriormente, se utilizaron, para diagnosticar y reducir fracturas, visualizar tumores y patología óseas y posteriormente con el uso de contrastes como el bismuto o bario, para el diagnóstico de úlceras gástricas. Rieder y Rosenthal, en 1903, inventan la fórmula de una comida de bismuto utilizable en radiología digestiva (*ibid.*, p. 127).

Progresivamente en el aparato urinario y utilizando diferentes tipos de contrastes fueron describiéndose la *cistografía de repleción* (A. von Lichtenberg, 1905), la *neumocistografía* (Rosentein, 1924) y la *uretrografía retrógrada* (Sicard y Forestier, 1925). Pero fue, sin duda, la presentación de la *urografía de excreción*, en 1929, en el XIX Congreso Alemán de Urología, por von Lichtenberg y Swich, lo que cambió el rumbo de la urología (Ayuso Arroyo, 1992, p. 63).

Alexander von Lichtenberg, nació en Budapest en 1880 y acabó su carrera en 1902, cuando los rayos X empezaban a tener aplicación más allá de los huesos, lo que, junto a su decidida inclinación urológica, le llevó a fundar en Berlín un servicio de urología en el Hospital Católico de Santa Eduvigis, donde pasó de tener 120 camas al inicio hasta 250 en 1936. Llegó a ser reconocido como el mejor y más prestigioso servicio urológico del mundo, desplazando al Hospital Necker de París. Entre otras actividades, y en colaboración con la Escuela Superior Berlinesa de Agricultura, desarrollaron un compuesto, el *selectan* (uroselectan), que se eliminaba selectivamente por el riñón, contrastando todo el sistema excretor del aparato urinario. Nació así la *urografía de excreción* (Alba, 2013, pp. 143-149).

ya que permite «información morfológica y funcional de todo el sistema urinario» (Berian Polo, 1992, pp. 36-37).



Fotografía 17. Urografía intravenosa (UIV). Fuente: Berian Polo (1992, p. 36)

Hasta mediados del siglo XX, las insuficiencias renales, con independencia de su causa (insuficiencia de causa prerrenal, renal o postrenal) (Rotellar, 1977, pp. 3-5), no tenían solución y provocaban la muerte sin remedio (Gutiérrez Vázquez, 2003, p. 13). Sin embargo, a partir de 1945, Tzanz y Bessis intentaron paliarla por medio de la depuración extrarrenal, método conocido como *exanguinotransfusión* (Mc Clennan, 1981, pp. 35-57) y, posteriormente, con la *diálisis peritoneal* (Derot y Tanret, 1947), que todavía sigue realizándose; finalmente, con la creación del *riñón artificial*, procedimiento por el cual se mantiene el paciente urémico durante muchísimo tiempo, mediante sesiones periódicas de *diálisis*. Como hemos indicado, el enfermo con insuficiencia renal, precisa de la diálisis de por vida, salvo que se le realice un *trasplante renal* (Goldfarb, 2004, pp. 325-328).

El primer trasplante de riñón realizado con éxito lo llevó a cabo Joseph Edward Murray (1919-2012) entre gemelos univitelinos y fue uno de los acontecimientos más

importantes de la medicina; se realizó en el hospital Peter Bent Brigham de Boston (ahora Brigham and Women's Hospital) en diciembre de 1954 (Ayuso Arroyo, 1992, p. 63).

Previamente y lo largo de seis años, un equipo multidisciplinar compuesto por cirujanos, internistas, nefrólogos y patólogos, bajo la coordinación de Francis Moore, desarrolló la técnica quirúrgica para emplear y concretó el tratamiento inmunosupresor utilizado para luchar contra el rechazo (Culebras, 2018, pp. 730-747).

Por esta gesta, Joseph E. Murray recibió el premio Nobel de medicina en 1990, compartido con Edward Donnall Thomas de Seattle, pionero del trasplante de médula ósea (Menéndez Aulló, 2001, p. 360).

Actualmente, el trasplante renal se ha convertido en un procedimiento rutinario, con magníficos resultados, con el único problema del rechazo, a pesar de la terapia inmunosupresiva con ciclosporina, el inmunosupresor más potente conocido, aparecido en la década de los ochenta y que abrió el campo de trasplante de otros órganos, como el corazón, el hígado, el pulmón, etc. (Culebras, 2018, p. 742).

En el apartado de *diagnóstico por la imagen*, además de los comentados al hablar sobre los rayos X (*cistografía de repleción* [1905], la *neumocistografía* [1924], la *urografía retrógrada* [1925] y, finalmente, la *urografía de excreción* [1929]), los avances han sido extraordinarios.

Uno de ellos fueron las exploraciones isotópicas, utilizadas para evaluar la función renal, presentes desde que, en el año 1952, Oeser y Billion expusieron las ventajas de los trazadores radiactivos sobre los contrastes yodados, por no alterar dicha función. Se trata esencialmente de dos pruebas: el *renograma isotópico* y la *gammagrafía renal* (Martín, 2006, p. 333). Los estudios consisten en la inyección intravenosa de un radiofármaco isotópico, que es captado y eliminado posteriormente por el riñón. Una *gammacámara* capta la distribución del radioisótopo y ofrece imágenes de su distribución y su funcionalidad. Son exploraciones inocuas, fácilmente reproducibles, carentes de morbilidad y toxicidad y de bajo coste.

Además de su interés en la especialidad de nefrología, se utiliza para el estudio de la infección urinaria, el síndrome de obstrucción renal, la hipertensión, el traumatismo renal, la patología escrotal y de las glándulas suprarrenales y en el trasplante renal, para estudio y control del rechazo renal postrasplante (Carretero González, 1992, p. 647).

La popularización de la *ecografía*, debida, además de a las fabulosas imágenes que proporciona, a su bajo coste y la ausencia de efectos colaterales, ha hecho que



actualmente se disponga de ecógrafos en las consultas externas que realizan exploraciones ya en la primera consulta e incluso biopsias transrectales ecodirigidas de forma ambulatoria (Espuela, 1995, pp. 232-233).

Los primeros intentos de utilizar los ultrasonidos como medio diagnóstico en urología fueron hechos por Holmes en 1954 y por Donald en 1958 (Silmi, 1988, pp. 9-11). Fue en la década de 1970 cuando comienzan a analizarse en profundidad sus posibilidades, tanto en su vertiente diagnóstica como intervencionista (Mayayo Dehesa, 2006, p. 205).

Los principios básicos en los que se fundamenta la ecografía se resumen en lo siguiente: un aparato piezoeléctrico genera unos ultrasonidos, no audibles, que atraviesan las distintas estructuras del organismo, propagándose por ellas con distinta velocidad, en dependencia de su constitución (grasa, hueso, líquido, músculo, litiasis, etc.) y ese mismo aparato generador de ondas, recoge y analiza los *ecos* que genera el ultrasonido al rebotar en los distintos tejidos, los transforma en imágenes (Franco de Castro, 1996, pp. 19-21).

Desde 1979, año en que los premios Nobel de medicina, Godfrey N. Hounsfield y Allan MacLeod Cormack presentaron sus trabajos, con los que demostraron que se podía explorar estructuras intracraneales u otras partes del cuerpo no visibles con las técnicas radiológicas convencionales (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 137), disponemos de la *tomografía axial computarizada* (TAC), que nos permite estudiar todo el organismo mediante cortes seriados radiológicos digitalizados (Menéndez Aulló, 2001, p. 316).

La TAC es el resultado de asociar la radiología convencional con la tecnología del computador. La fuente de energía utilizada son los rayos X, pero el procesamiento de sus imágenes a través del ordenador es lo que permite diferenciar las pequeñas variaciones de densidad tisular (Ros Mendoza, 2006, pp. 259-260).

Se puede aplicar a la totalidad de la patología urológica. La TAC es una técnica segura, rápida, de fácil ejecución e independiente de la función renal y de la habilidad del realizador. Se puede hacer con o sin contrastes radiológicos.

Su único efecto colateral es la acumulación, por parte del paciente, de radiaciones ionizantes, por lo que no puede emplearse en gestantes durante sus primeros meses de embarazo y se limita el número de realizaciones del procedimiento (*ibid.*, pp. 260-261).

El fenómeno de la *resonancia nuclear magnética* (RNM) se conoce desde 1946, por las descripciones de F. Bloch y E. Purcell, por las cuales recibieron el premio Nobel de física, y cuya aplicación a la medicina fue posible gracias al descubrimiento de Richard

R. Ernst, en 1966, al conseguir aumentar la sensibilidad de dicho procedimiento en el cuerpo humano. En 1991, le concedieron el premio Nobel de química por su contribución a las técnicas de espectroscopia por RNM de alta resolución (Rodríguez Cabezas, 1996, pp. 132-139).

El fundamento físico de la RNM consiste en aprovechar la pequeña carga eléctrica que poseen en su núcleo los átomos de hidrógeno del organismo. Esta carga eléctrica posee, en condiciones normales, un movimiento de giro u oscilación alrededor del núcleo, y está orientada al azar, de tal forma que la suma de los momentos magnéticos de cada uno de los átomos de hidrógeno del organismo en condiciones basales es cero.

Si estas cargas eléctricas se ven sometidas al influjo de un campo magnético externo, dejan de estar orientadas al azar y se alinean en la misma dirección que la del campo magnético externo, por lo que se pueden medir mediante unos sensores o antenas colocadas y adaptadas lo máximo posible al contorno de la región anatómica que se desea estudiar. Estas señales recogidas son analizadas por un procesador informático (Herraiz, 2006, pp. 292-295).

Suele emplearse en RNM un medio de contraste a base de gadolinio (Gd-CM), elemento químico del grupo de las tierras raras, cuyas propiedades paramagnéticas lo hacen útil, condicionando un aumento de señal. Además, es posible obtener curvas que reflejan la composición molecular de una zona determinada, por lo que se conoce esta técnica paralela como *espectroscopia*, y se utiliza en la actualidad como delimitadora de zonas sospechosas de cáncer en la próstata (ibid., pp. 311-313).

A finales del siglo XX, otras pruebas de imagen van añadiéndose al estudio morfológico y funcional del aparato urinario. La *tomografía por emisión de positrones* (PET) es un método diagnóstico de medicina nuclear que permite obtener, mediante un *radiotrazador*, información de la actividad metabólica y de la procedencia de dicha actividad del órgano estudiado. El *radioisótopo*, unido a una sustancia transportadora con afinidad para ciertos tejidos, se conduce hacia ellos y allí emite los positrones, los cuales chocan con los electrones de núcleos próximos y producen una energía que se analiza por un escáner (Rioja Zazu, 2006, p. 319).

Se trata de un procedimiento complementario de la TC y RNM y es muy específico en el rastreo de recidivas tumorales, debido a que las células malignas con su alta tasa metabólica implican igualmente una gran avidéz por el radiotrazador (Suárez, 2005, pp. 36-37).

En cuanto al tratamiento médico en la especialidad de urología, los avances han sido extraordinarios. Creemos, no obstante, que no debemos extendernos mucho en esta cuestión porque sería excesivo y escaparía a los objetivos de este trabajo.

En el campo del tratamiento antibiótico, desde que, en 1929, Alexander Fleming (Asimov, 1971, pp. 552-553) publicara sus observaciones sobre la acción antibacteriana del *penicillium notatum* (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 130) y Gerhard Domagk (Asimov, 1971, pp. 618-619), entre 1932-35, descubriera y perfeccionara las sulfamidas (Prieto, 2011), multitud de productos considerados como *sustancias antimicrobianas* se han desarrollado por distintos laboratorios farmacéuticos con el objetivo puesto en su mayor sensibilidad, especificidad y tolerancia médica (Ruiza, 2004).

El gran enemigo de la antibioterapia ha sido la formación de *resistencias* por parte de los microorganismos, lo que hace que fabulosos agentes antimicrobianos hayan perdido su efectividad (Heizel, 1991, p. 529).

Tanto el uso masivo en los hospitales como el suministro de antibióticos al ganado y a las aves domésticas para incrementar la rentabilidad comercial son focos de creación de microorganismos resistentes (Neu, 1991, p. 566), lo que hace de la lucha contra la infección un campo en continua evolución adaptativa (GDM, pp. 167-168).

En referencia al tratamiento médico de la *hiperplasia benigna de próstata* (HBP), en los últimos veinticinco años, debido a su eficacia, ha hecho que el porcentaje de indicaciones quirúrgicas en esta patología haya sufrido un evidente descenso. Esta bajada se debe especialmente a la aparición de los *antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1*, que, solos o en combinación con los *inhibidores de la 5- $\alpha$ -reductasa*, lo han hecho posible (Hegarty, 2001, pp. 221-233).

El mecanismo de acción de los antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1 se basa en el efecto de relajación de la musculatura lisa prostática, bloqueando los receptores adrenérgicos alfa 1 con la consiguiente relajación del cuello vesical, con lo que se facilita, por ello, la micción. Su efecto es inmediato.

En cuanto a los inhibidores de la 5- $\alpha$ -reductasa, su mecanismo de acción consiste en impedir la transformación de la hormona testosterona a su metabolito activo, la dihidrotestosterona, con lo que la próstata decrece en volumen con el paso del tiempo, y se facilita con ello la micción. Sus efectos son perceptibles a partir del sexto mes de tratamiento (Carballido Rodríguez, 2006, pp. 1643-1646).

En la actualidad, las opciones del tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata están debidamente consensuadas por el Comité Científico Internacional, presentadas en

el *5th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia*, celebrado en París (ChateLain, 2001) y por líneas directrices internacionales (Curtis, 2010).

El descubrimiento de la anestesia, junto con la aparición del método antiséptico y el control de la *hemostasia*, posibilitó el incremento y desarrollo de grandes cirugías (Gancedo Rodríguez, 2006, p. 9).

En lo referente a la cirugía renal, hasta la implantación de la anestesia en 1846, las operaciones en las afecciones renales se habían limitado a desbridamientos de abscesos perinefríticos y a la exploración de alguna herida de la región lumbar. Tras la generalización de la anestesia, se amplió el campo de la cirugía renal.

Fue Gustav Simons (1824-1876), profesor de cirugía de Heidelberg, quien realizó la primera nefrectomía planificada, en 1869, previa experimentación en animales y tras la confirmación de la supervivencia tras la nefrectomía unilateral (Grayhack, 1986, p. 61).

La polémica sobre la vía de elección para realizar la nefrectomía se mantuvo hasta finales del siglo, en que la mayoría de los cirujanos optaban por la vía intraperitoneal en los casos de grandes masas y la vía lumbar en los cuadros infecciosos y de pequeños tumores; fue el Dr. James Israel, tras exponer sus resultados en 1891, en los que disminuyen las cifras de mortalidad postoperatoria al 16 % en 81 pacientes intervenidos por vía lumbar, quien, con autoridad, recomendó evitar abrir el peritoneo por el gran riesgo de infección y prolongar lo que fuera preciso la incisión lumbar en las intervenciones por grandes tumores (Pérez Albacete, 2008, p. 173).

En España, fue el Dr. D. Federico Rubio y Galí (1827-1902), en el Instituto de Operatoria de Madrid, el primero en realizar una nefrectomía por vía lumbar, en 1874 (*ibid.*, 2008, p. 173).

En el campo de la *cirugía renal* se han producido enormes avances desde que se realizó la primera *nefrostomía percutánea* por Goodwin y cols. en 1955, ya que utilizando dicha técnica (Goodwin, 1955, abstract) y, posteriormente, complementándola con un variado instrumental, se consigue fragmentar o extraer cálculos renales por la nefrostomía percutánea (1976) (Rosa Kerman, 2013, p. 12).

Varias fuentes de energía se han utilizado para la fragmentación de las litiasis (electrohidráulica, ultrasónica, neumática, electrocinética), hasta que, en 1977, se da un paso de gigante con la incorporación a la cirugía percutánea de los rayos láser, ya que estos logran desintegrar todo tipo de litiasis menores de dos centímetros de diámetro (Lovaco Castellano, 2006, pp. 1517-1519).

Según Jiménez Cruz (1986, p. 11), el perfeccionamiento de la *litotricia percutánea* se alcanza en el inicio de la década de 1980, al presentar Alken (1981, abstract) un prototipo de dilatadores metálicos coaxiales, reutilizables, con los que se consigue por medio de la dilatación progresiva, un mejor acceso a las cavidades renales para realizar la litotricia (Rosa Kerman, 2013, pp. 12-13).

Como hemos indicado, gracias a los progresos en la anestesia y el mejor conocimiento de los procesos patológicos la cirugía urológica, se ha avanzado mucho técnicamente. Cada vez son más necesarios los conocimientos específicos para cada especialidad, por lo que se han ido delimitando progresivamente las diversas especialidades.

Actualmente, una nueva modalidad de cirugía, la cirugía *laparoscópica* (incluyendo la robótica) está desplazando la cirugía tradicional. Ha de tenerse en cuenta que el urólogo, gracias al dominio de la endoscopia, ha sido pionero, dada la similitud del procedimiento, en la actual corriente de cirugía laparoscópica, y está a la cabeza en su utilización, por lo que se aprecia un incremento de este tipo de cirugía, en detrimento de la cirugía clásica o cirugía abierta.

En la actualidad, se está prodigando una nueva modalidad en el campo de la cirugía laparoscópica, la *cirugía laparoscópica robótica*. En la especialidad de urología, varios procesos son subsidiarios de este innovador método quirúrgico; además de la prostatectomía radical, las nefrectomías (parciales o totales), pieloplastias y cistectomías (Anexo I, cirugía mínimamente invasiva)

Según Laguna y cols (2006, p. 1665), en relación con la formación endoscópica del urólogo actual, desde que se introdujo en Estados Unidos la técnica de *resección transuretral de la próstata* entre los años 1920-1930, esta ha ido desplazando progresivamente a las *técnicas abiertas* (Vicente, 2001, p. 62 y p. 129), lo que ha hecho que una de las cirugías más frecuentes en nuestra especialidad (la adenomectomía), y que históricamente se realizaban con cirugía abierta, siguiesen la *técnica transvesical de Freyer* (Freyer, 1912, abstract) (Figura 12) o la *retropúbica transcapsular de Millin* (Millin, 1945) (Figura 13Figura 12), lo que ha hecho del urólogo actual un «experto endoscopista» (Rosa Kerman, 2013, pp. 82-83 y 136-137).

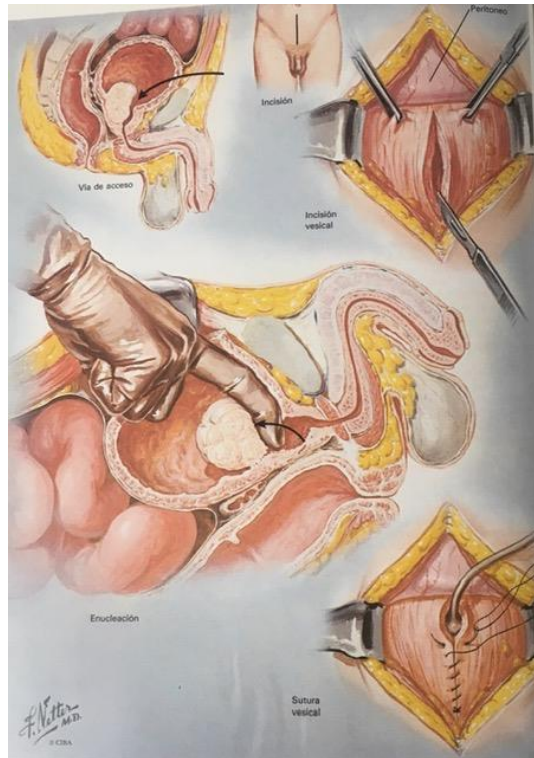


Figura 12. Adenomectomía transvesical de Freyer. Fuente: Netter (1979).Tomo II, p.58.

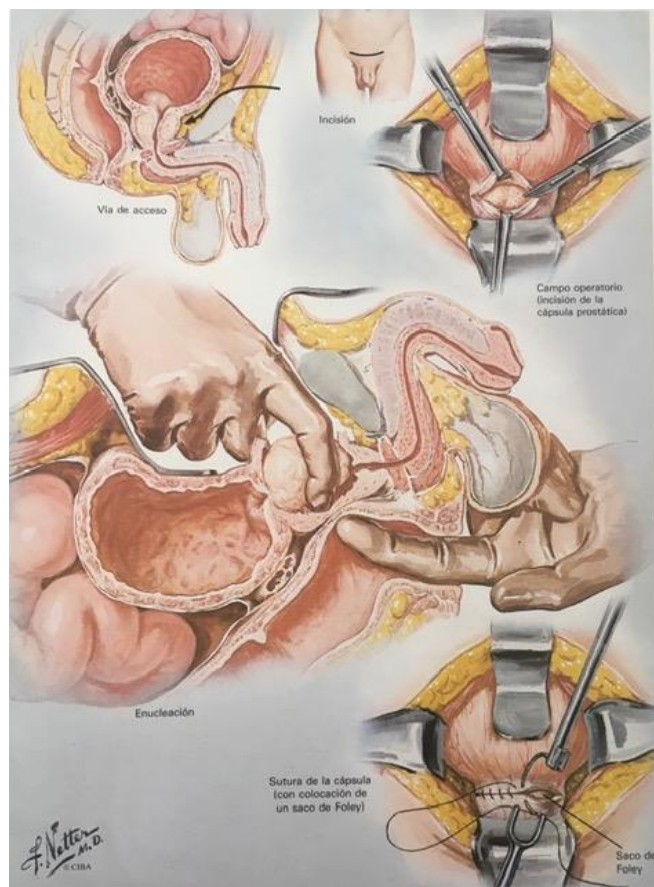


Figura 13. Adenomectomía transcapsular de Millin. Fuente: Netter (1979).Tomo II, p.59.

La resección transuretral (RTU) de próstata, descrita inicialmente por Nesbit, se realiza a través de la uretra, introduciendo un *resectoscopio*, armado con un asa de resección (Figura 14) (Laguna, 2006, pp. 1656-1657).

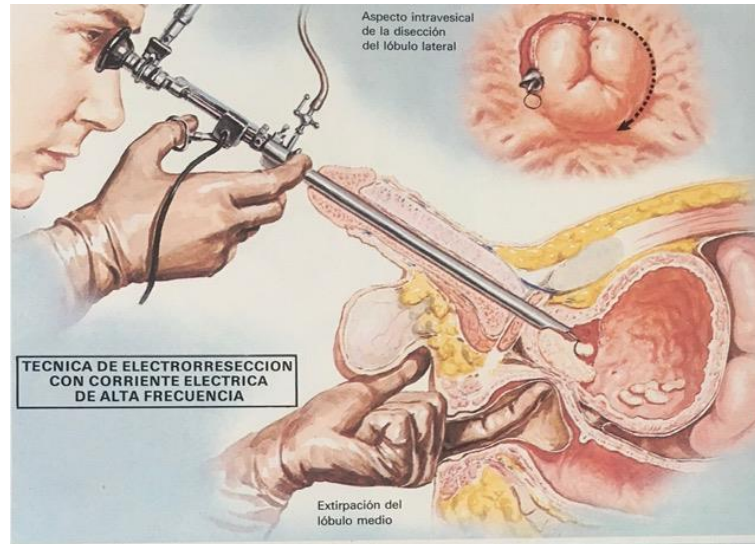


Figura 14. Resección transuretral prostática. Fuente: Netter (1979). Tomo II, p.61.

Con el desarrollo de la *fibra óptica* en 1970 y de los sistemas ópticos panorámicos y, finalmente, con la visualización del proceso quirúrgico en monitores, se ha desplazado casi definitivamente a las intervenciones clásicas abiertas, quedando destinadas estas prácticamente para próstatas de gran tamaño (Vicente, 2008, p. 769).

Endoscópicamente, también se realiza, el tratamiento de *vaporización prostática* con el denominado *láser verde*, muy utilizado en la actualidad, debido a que el sangrado pre y postoperatorio es mínimo, se requiere un ingreso hospitalario de aproximadamente un día y se retira la sonda vesical, regularmente, a las veinticuatro horas.

Las primeras experiencias en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata mediante láser comienzan a mediados de la década de 1980 (Laguna 2006, pp. 1671-1674). La técnica, muy similar a la de la RTU, se realiza bajo anestesia general/locorreional y por vía transuretral.

El mecanismo de acción se fundamenta en la vaporización que produce la fuente de láser que, al alcanzar temperaturas de entre 60 ° (provocando coagulación de los tejidos) y 100 ° (provocando la vaporización de estos), va eliminando el tejido prostático progresivamente (Ponce de León, 2001, p. 203). Existen varios tipos de láseres y la técnica está indicada en próstatas menores de 50 grs. (Laguna, 2006, pp. 1671).

Otro de los apartados en los cuales ha habido cambios dignos de mención es el tratamiento de la *impotencia* o *disfunción eréctil*.

La primera descripción de una disfunción eréctil se encontró en un papiro egipcio, datado hacia el año 2000 a. C., en el que se describían dos tipos de disfunción (Fraile Huertas, 2004, p. 12).

Como ya hemos comentado al describir la medicina tradicional china, uno de los preparados que se utilizaron y se siguen utilizando en la actualidad para el tratamiento de la impotencia es del extracto de la raíz del *ginseng de China* (*Panax ginseng*) (Rodríguez Cabezas, 1996, p. 36). A pesar de que sus efectos terapéuticos sobre la disfunción eréctil, estos no han sido ratificados y sigue siendo el máximo representante del grupo de medicamentos placebo, con una buena tolerancia y baja toxicidad (Bassas, 1994, p. 480); otros, como Rodríguez Vela (2006, p. 979), le atribuyen un cierto efecto erectógeno y de mantenimiento de la erección.

Desde la aparición del hombre sobre la tierra, se han empleado multitud de productos para intentar resolver el problema de la impotencia: los ayurvedas (s. I a. C.) recurrían a la ingestión de tejido testicular (práctica prolongada en Alemania hasta el siglo XVIII en la que se recomendaba comer los testículos del caballo y los falos de animales marinos, además de la sangre menstrual). En la *Biblia*, en el capítulo dedicado a los hijos de Jacob, recomiendan la mandrágora. Aristóteles conocía el efecto erotizante de las cantáridas. En la Edad Media se utilizaron prácticas de brujería, junto a pócimas con excrementos de serpiente y de sapo. Paracelso, el *Dioscórides* y el descubrimiento de América proporcionaron nuevos tratamientos. Los emperadores chinos ingerían párpados de oveja marinados en té caliente. Algunas tribus africanas utilizaban los testículos de león. Entre los indios cubeos de Brasil, son los penes y escrotos de los enemigos caídos en el campo de batalla los que proporcionaban vigor sexual a los guerreros.

Igualmente se ha recomendado el nenúfar, el acíbar, el romero, el té negro, el cáñamo, el incienso, la mirra, el alcanfor, la lavanda, la menta, las guindillas, el zumo de naranja, los higos, las telarañas, las luciérnagas, las orugas de los capullos de seda, la carne de salamandra, los cuernos de rinoceronte pulverizado, la sopa de cornamenta de ciervo, las gambas, las ostras, los erizos, la carne de tortuga, los caracoles, etc., etc. (Fraile Huertas, 2004, pp. 12-24).

Todos estos remedios descritos para intentar resolver la impotencia fueron parcheando el problema, pero no se encontraron resultados eficaces hasta que, en el año



1998, se autoriza en Estados Unidos la venta de la primera píldora contra la impotencia: la Viagra ®.

En España se autoriza su venta en farmacias ocho meses más tarde, con el hándicap de que ya en EE. UU. habían fallecido 150 pacientes tras tomar Viagra. Actualmente, y sobrepuestos de esas alarmantes noticias, son multitud los pacientes que la utilizan habitualmente (Pescador Martín, 2001, p. 25).

En la actualidad, se emplean diferentes productos, todos ellos con en el mismo mecanismo de acción, y su única diferencia es la forma de dispensación (comprimido, sublingual, etc.) y la duración del efecto erector, dependiente de la *vida media* del producto.

El *mecanismo de acción* de estos productos, todos ellos inhibidores de la fosfodiesterasa 5, impiden la hidrolización del GMPc, aumentando con ello su concentración en los tejidos eréctiles del pene, por lo que se aumenta la relajación del músculo liso y, con ello, se produce y mantiene la erección.

La vía de administración es oral y precisa tomarse entre 30 y 60 minutos previos al acto sexual. La potencia y duración del efecto erector depende de cada tipo de producto, variando entre las 6 y las 36 horas, en relación con la vida media de eliminación del fármaco (Rodríguez Vela, 2006, pp. 969-978).

Existe también la posibilidad de tratamiento de la impotencia por medio de una *inyección intracavernosa* directa, bien con *papaverina* (Virag, 1982), bien con *prostaglandina E<sub>1</sub>* (Ishii y cols, 1986). Ambas son muy eficaces y facilitan la relación sexual aproximadamente a los 10 minutos de realizarse la aplicación y haber obtenido la erección completa. Se recomienda su uso con una frecuencia máxima de dos veces por semana (Puigvert, 1994, pp. 483-485).

Las inyecciones intracavernosas pueden provocar efectos secundarios, como el *priapismo* y la *fibrosis* en la zona de inyección, por lo que su utilización ha quedado relegada a los fracasos del tratamiento con drogas orales y como procedimiento de clasificación y diagnóstico de la impotencia, mediante el denominado *eco-dúplex farmacológico*.

Con este procedimiento (Eco Doppler peneano con PGE<sub>1</sub>), podemos diferenciar si se trata de una *impotencia orgánica* o *psicógena*, y se llega a diferenciar entre las primeras, si son de origen vascular *arterial*, con disminución del flujo en las arterias pudendas o *venoso*, al comprobar la existencia de la denominada *fuga venosa* (Marín, 1994, p. 444).

Si el tratamiento farmacológico fracasa, la única posibilidad terapéutica restante es la quirúrgica, con la colocación de *prótesis peneanas intracavernosas* (Roselló, 1994, p. 511).

Las prótesis peneanas de implantación intracavernosa, de acuerdo con Mariano Roselló (1994, pp. 511-516), fueron ideadas por Carrión y Smal a principios de 1970, en Miami (EE. UU.), posiblemente siguiendo las ideas de Couvelaire. Este, en 1960, colocaba fragmentos de costilla sobre los cuerpos cavernosos con la idea de conseguir la rigidez necesaria para la penetración, similarmente a cómo funciona el pene de muchos mamíferos (entre ellos monos, gatos y perros), que presentan el denominado *os penis* (*baculum, os priapi*) (Hewitt, 2000, p. 81).

A partir de ese momento, aparecen varios modelos, todas ellos del tipo de prótesis rígidas, semirrígidas y maleables (Subirini, 1973; Finney, 1977, y Jonas, 1980 respectivamente), hasta que pocos meses después, Braddley y Scott, presentan las prótesis hidráulicas (Roselló, 1994, p. 511).

Antes de la colocación de la prótesis, debe explicarse ampliamente al paciente lo que cabe esperarse de ella, además de su funcionamiento, sus efectos secundarios, como el acodamiento del glande y las extrusiones de la prótesis, y la posibilidad de un fallo mecánico. (Allona Almagro, 2006, p. 1002).

El tratamiento de la *litiasis urinaria* se ha visto revolucionado no solo, como hemos visto anteriormente, con la *litotricia percutánea*, sino también con la aparición de la *litotricia extracorpórea por ondas de choque* (LEOC) (Jiménez Cruz, 1986, p. 11). Cuando en 1980, Chaussy y cols. realizaron el primer tratamiento de LEOC, en la Universidad de Múnich (Pereira Arias, 2017, p. 178), culminaba un largo periodo de investigación, iniciado en los años 60, en la RFA por la empresa aeronáutica Dornier (Alcover, 1992, p. 19) que, estudiando el efecto *pitting*<sup>40</sup> en el fuselaje de los aviones, en los vuelos supersónicos, descubrieron las ondas de choque como responsables de la rotura del material sólido del mismo (Chaussy, 1980, abstract).

La introducción de la LEOC ha supuesto un hito en el campo de la cirugía desde el momento que permite actuar sobre el interior del organismo de un modo no invasivo y a distancia. La primera LEOC en España se realizó en noviembre de 1984, con un

---

<sup>40</sup> Según el *Diccionario de terminología médica inglés-español* (1996; s. v.): ‘corrosión, formación de fóvea a la presión [craterización, picadura, hoyo, agujero, marca, cicatriz, etc.]’.

litotritor Dornier HM-3, en el Instituto Dexeus de Barcelona, y cuya adquisición tuvo un costo de 350 millones de pesetas (Ruiz Marcellán, 2007, pp. 1005-1006).

El fundamento científico en el que se basa la LEOC consiste en la producción de unas *ondas de presión* u *ondas de choque*, generadas por unos electrodos colocados en el foco geométrico de un elipsoide con capacidad reflectora; dicho elipsoide concentra dichas ondas en un segundo foco, en el cual debe situarse el cálculo. Las ondas de choque se propagan por los medios líquidos (Pereira Arias, 2017, pág. 3) y, al chocar con el cálculo, y al ser este una estructura sólida (anhidro) y no transmitir la onda (Zuloaga Gómez, 1992, p. 343), crean en él un elevado gradiente de presión que cuando excede la fuerza de cohesión internas del cálculo, provocan su desintegración (Alcover, 1992, pp. 23-24).

Cambios importantes también se ha realizado en el tratamiento del *cáncer de próstata*. Desde las comunicaciones de Huggins y Hodges en 1941, en las que se demostró la dependencia hormonal del cáncer de próstata (Huggins, 1941, abstract), se reconoció desde entonces que el pilar del tratamiento del carcinoma de próstata en estado avanzado es la deprivación androgénica (Viola, 1971, p. 1007).

Por dichos trabajos se le concedió a Charles Brenton Huggins el premio Nobel de fisiología y medicina en 1966 (Martínez Mier, 2001, p. 195), compartido con Francis Peyton Rous. (Menéndez Aulló, 2001, p. 264). La deprivación androgénica se realiza bien de forma quirúrgica, con la *castración subalbugínea* (Viola, 1971, p. 1007), bien mediante la denominada *castración química*. En esta, se usan los agonistas de la LH-RH para anular la producción de testosterona testicular, además de más antiandrógenos para bloquear el efecto de los andrógenos suprarrenales (Rioja, 2006, pp. 2055-2058).

Actualmente, con el perfeccionamiento de las pruebas diagnósticas y, en especial, desde la utilización del *antígeno prostático específico* (PSA) en los programas de detección precoz del cáncer de próstata (Sokol, 1997, p. 275), el número de pacientes que se diagnostican en fase diseminada ha descendido hasta una tercera parte, por lo que el resto son susceptibles de múltiples opciones terapéuticas: observación, cirugía, radioterapia, combinación de ambas, crioterapia, etc. (Vallejo Gil, 2006, pp. 2001-2019).

Si el paciente ha sido diagnosticado en un estadio clínicamente localizado, se ofrece tratamiento quirúrgico (vía abierta, laparoscópica o laparoscópica robotizada) (Gil, 2006, pp. 2021-2038) o bien tratamiento radioterápico (braquiterapia o radioterapia externa) (Zudaire Bergera, 2006, pp. 2039-2054). Si el estadio anatomopatológico es

bajo, también se ofrece la denominada *vigilancia activa*, *actitud expectante* u *observación* (Eggerer, 2009, pp. 39-45).

Si el tratamiento indicado no consigue la curación de la enfermedad, el paciente es de nuevo subsidiario del tratamiento de *deprivación androgénica* (Rioja, 2006, pp. 2055-2069), con la que se consigue frenar su evolución en aproximadamente dos años, hasta que el tumor deja de ser hormono-sensible. A partir de dicho momento, debe realizarse tratamiento quimioterápico (Gil, 2006, pp. 2071-2090).

En lo concerniente al *cáncer vesical*, que, junto al cáncer de próstata, son las patologías tumorales más frecuentes en el varón (porcentualmente en cuarto y primer lugar respectivamente), no ha habido muchos progresos en lo referente al tratamiento (Collado Serra, 2006, pp. 1851-1881). Si el tumor vesical es superficial, el tratamiento, en primera instancia, es la *resección transuretral* (RTU) endoscópica, que cumple dos finalidades, una biopsica y otra terapéutica, al erradicarse el tumor primario. Otras terapias alternativas son la fotocoagulación con láser o la cistectomía parcial (Vicente, 2000, pp. 121-143). Posteriormente, y ya resecado el tumor, debe instaurarse un tratamiento con la finalidad de reducir el riesgo de recurrencia o recidiva, realizando *terapia endovesical* (Pontones Moreno, 2006, pp. 1883-1908).

La terapia endovesical, procedimiento con el que se intenta disminuir el número y la frecuencia de recidivas (Bono, 2000, pp. 1883-1908) se realiza con tio-tepa, adriamicina, mitomicina C e, incluso, inmunoterapia con BCG (Palou, 2000, pp. 175-189); (Tamsin Drake, 2015, pp. 13-18).

Si en su progresión, o bien desde su inicio, el tumor es *infiltrante* o de *gran agresividad*, la indicación es la *cistectomía radical*, que conlleva la exéresis de la próstata y sus anexos en el varón, y del útero, los anexos y la cara anterior de vagina, en la mujer, con la consiguiente derivación urinaria. Suele completarse el tratamiento con quimioterapia y radioterapia (Iborra Juan, 2006, pp. 1909-1942).

En lo que concierne al *carcinoma renal*, los cambios más relevantes se han producido en el apartado del diagnóstico (Ruiz Cerdá, 2006, pp. 1791-1827). Antes de la popularización de la ecografía, el diagnóstico se basaba en cuatro signos y síntomas: hematuria, tumoración palpable, dolor y fiebre, todos ellos síntomas que aparecían en estadios tardíos de la enfermedad, lo que condicionaba tanto el tratamiento como el pronóstico (Peña, 1962, p. 39).

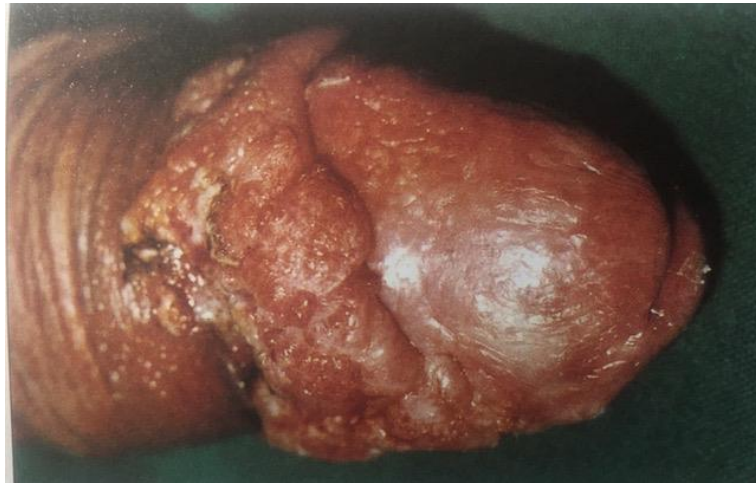
En la actualidad, gracias a las múltiples exploraciones ecográficas que se realizan, no solamente en la especialidad de urología, sino en todas las especialidades, la gran

mayoría de los tumores renales se diagnostican de una forma incidental, conocido en la jerga médica como *incidentaloma*, lo que favorece las posibilidades terapéuticas (Ruiz Cerdá, 2006, p. 1805).

En cuanto al pronóstico y evolución del carcinoma renal, es fundamental su rápida exéresis. Si en el momento de su diagnóstico, el tumor no presenta metástasis o infiltración perirrenal, pueden realizarse *cirugías conservadoras* como tumorectomías, nefrectomías parciales o ablación con radiofrecuencia, pero en los casos más avanzados debe recurrirse a la *nefrectomía radical*.

El tumor renal es uno de los tumores sólidos que se mantiene totalmente refractario a la quimioterapia estándar. Se están ensayando multitud de tratamientos, con resultados poco alentadores (ibid., pp. 1791-1827).

Hay que mencionar también los tumores de pene (Solsona Narbón, 2006, pp. 2113-2139) y testiculares (Villavicencio, 2006, pp. 2091-2111). Son poco frecuentes, aunque ambos presentan repercusiones psicológicas muy importantes. El *tumor de pene* (Fotografía 18) suele estar vinculado, generalmente, a estratos sociales deprimidos y con escaso desarrollo socioeconómico (Leiva Galvis, 1992, pp. 521-534).



Fotografía 18. Cáncer de pene. Fuente: Abengózar García-Moreno (1998, p. 31).

La fimosis<sup>41</sup>, que ocasionalmente puede ocultar el tumor, se asocia en un elevado porcentaje de casos (hasta un 59 % de los cánceres de pene, según algunas estadísticas) (Solsona Narbón, 1992, pp. 115-118).

Es imprescindible, para llegar al diagnóstico, la realización de una biopsia en todos los casos sospechosos (Rodríguez Rincón, 1998, pp. 38-39).

El tratamiento se basa esencialmente en la *exéresis de la lesión*, con unos márgenes libres de unos dos centímetros. Por supuesto, si existieran adenopatías, es de obligada realización la linfadenectomía, seguido de quimio y radioterapia (Solsona Narbón, 2006, pp. 2125-2133).

El *tumor testicular* es la neoplasia urogenital menos frecuente, aunque provoca un fuerte impacto emocional, debido a que la franja de presentación tiene su máxima incidencia entre los veinte y treinta años (Villavicencio, 2006, p. 2091). Representan únicamente el uno por ciento de las neoplasias del hombre, pero es la cuarta causa de mortalidad por cáncer en varones menores de treinta y cinco años (Leiva Galvis, 1992, p. 497).

Se desconoce su etiopatogenia, aunque se achaca a alteraciones producidas por el influjo del medio hormonal materno durante el embarazo y a las modificaciones provocadas en los testículos criptorquídicos, ya que la incidencia observada en pacientes con antecedente de criptorquidia es cuatro o cinco veces superior a la población general (Villavicencio, 2006, p. 2091).

Su diagnóstico se basa en una buena exploración clínica, seguida de pruebas de imagen con ecografía, TAC, RNM, linfografía y de analítica, con los marcadores tumorales séricos,  $\alpha$ -fetoproteína (AFP) y gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ - HCG) (ibíd., pp. 2093-2096).

---

<sup>41</sup> La fimosis impide una correcta higiene del glande que, al no poder descubrirse y retener cónicamente el *esmegma* secretado por las glándulas de Tyson (Domínguez, 1998, p. 12) y que, debido a la proliferación de bacterias (*mycobacterium smegmatis*), hace que este se transforme en esteroides, a los que, junto a los detritus y la orina, se les achaca un poder carcinogénico, provocando con el tiempo lesiones cancerosas (Leiva Galvis, 1992, p. 528). Leiva Galvis recomienda la realización de la circuncisión en la población neonatal, ya que «la circuncisión en el adulto, ofrece pocas o ninguna protección contra la futura aparición del carcinoma peneano» (*id.*). No obstante, otros autores declaran como mutilante este tipo de práctica (postectomía), por lo que únicamente recomiendan una buena higiene y educación sanitaria. Algunos preconizan la simple sección longitudinal del prepucio para evitar connotaciones de índole religiosa (Pérez Albacete, 2007, pp. 4-13).

Histológicamente, y dada la pluripotencialidad de la célula germinal testicular, el tipo de tumor resultante es muy variable (Leiva Galvis, 1992, pp. 498-499).

Su diseminación se realiza por vía hematógena y esencialmente por vía linfática retroperitoneal (ibíd., p. 508).

El tratamiento fundamental es la *orquectomía* con linfadenectomía, seguida de radioterapia y quimioterapia, en dependencia de su histología (ibíd., pp. 511-517; Villavicencio, 2006, pp. 2097-2108).

Dada la edad de presentación del cáncer testicular, se recomienda *criopreservación de espermatozoides* (García-Ochoa, 1999, p. 164).

Como *epílogo* de esta concisa y sumaria historia de la medicina, realizada desde el punto de vista urológico, y siguiendo las puntualizaciones de J. Manuel Cózar, presidente de la Asociación Española de Urología (AEU) (Cózar Olmo, 2015, pp. 87-88):

«es difícil precisar cuándo surgió el *Urólogo* y la *Urología*, como especialidad propiamente dicha, ya que, a lo largo de la Historia, los conocimientos de la *patología urogenital* los encontramos reflejados, tanto en escritos médicos como en los tratados quirúrgicos, aunque en ellos no consta si el procedimiento descrito, los realizara un médico o uno de los conocidos como empíricos litotomistas».

La especialidad de urología, como hemos ido relatando, se ha ido formando con numerosas y progresivas aportaciones que han hecho comprender la *fisiopatología* del aparato genitourinario y asimilarla como una entidad nosológica individualizada, con entidad propia.

Como relata J. Ruiz Marcellán (2007, p. 1004):

«la historia de la urolitiasis y por ende la de la urología es aparentemente tan vieja como la humanidad. En la tríada de operaciones electivas inicialmente practicadas por el hombre -circuncisión, trepanación craneal y talla vesical-, sólo la última no iba unida a un ritual religioso, lo que la convierte en la cirugía más antigua dirigida a la curación de un mal específico».

El objeto de interés urológico más antiguo que se recuerda es un cálculo vesical de aproximadamente 7000 años (4800 años a. C.), descubierto en una momia egipcia por E. Smith en 1901 en una tumba prehistórica de El Amrah (Egipto).

Se ha de destacar la contribución española durante el Renacimiento, a través de la publicación de dos importantes obras: una, por parte de Julián Gutiérrez de Toledo, *Cura de la piedra y dolor de la ijada o/y cólica renal* (Toledo, 1498), en la que se recoge por primera vez toda la ciencia conocida sobre la patología litiásica; y el *Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga y orina* (Madrid, 1588), de Francisco Díaz, aceptado como el primer tratado urológico del mundo y en el que se describe un instrumento de invención del autor, el primer *uretrotomo*, para el tratamiento de las estrecheces de uretra. Por esta obra, Francisco Díaz está considerado internacionalmente como el *padre de la urología* (Pérez Albacete, 2007, pp. 4-13).

También hay que señalar que el licenciado Martín de Castellanos formuló reiteradas peticiones a las Cortes de Castilla (1592, 1595 y 1608), solicitando el título de maestro. Estas cortes se plantearon fundar para él una «cátedra permanente en Madrid para la enseñanza y práctica de afecciones urológicas», tres siglos antes de la creación de las cátedras españolas universitarias de urología, y se le concedió este privilegio en Madrid, el cinco de febrero de mil seiscientos doce, con el que se convirtió en el primer catedrático de urología en la historia de la medicina (Maganto Pavón, 1994, pp. 83-92).

Pero es gracias a la invención del cistoscopio, por Maximilian C. Nitze, en 1885, cuando nace con luz propia esta moderna especialidad (Ayuso Arroyo, 1992, p. 60). Según Alfonso de la Peña, con el cistoscopio se hizo posible la urología, impulsándose como nunca el estudio de la patología vesical y prostática (Borobia López, 1992, pp. 20-21).

A finales del siglo XIX y principios del XX, la urología se convirtió en una especialidad como tal, independiente de la cirugía, aunque tuvieron que pasar muchos años más para que se independizaran ambas (Cózar Olmo, 2015, p. 88).

En 1911, se crea la Asociación Española de Urología (AEU), que colaboró de forma decidida a esta independencia de la cirugía general, impulsando las reuniones primero y congresos después, de la incipiente especialidad de urología (Guiurbino, 2011, p. 9).

En palabras de J.G. Pereira y cols. (2017, p. 2):



«no existe una disciplina en la medicina que haya experimentado una evolución tecnológica tan llamativa como la urología en los últimos años. Si nos sugieren hace poco más de una década que un día realizaríamos intervenciones quirúrgicas asistidos por un robot, creo que sólo aquellos con la visión de Julio Verne podrían haberlo imaginado».

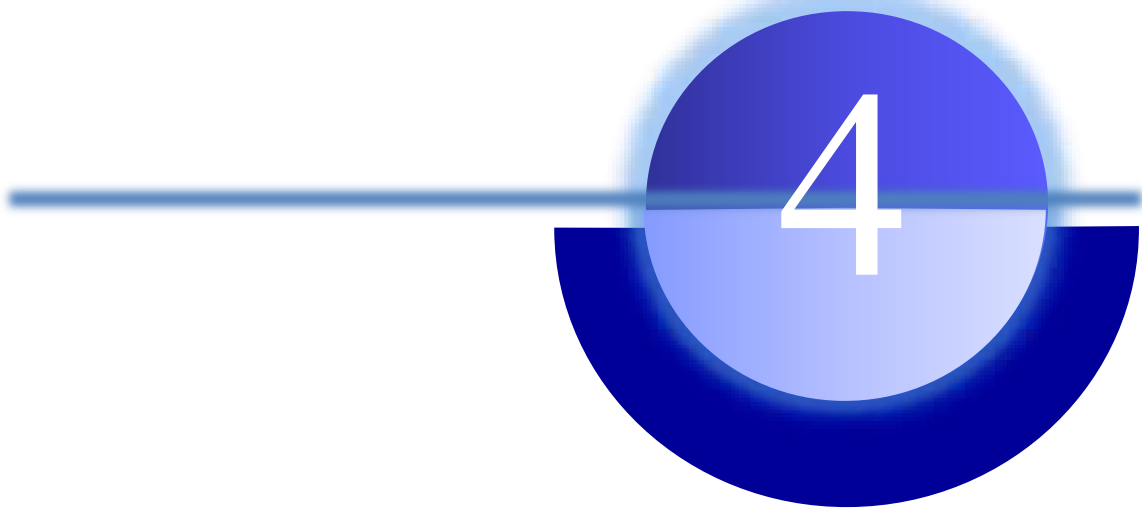
El trasplante renal, asumido por los urólogos, ha sido un hecho determinante hacia esa toma de identidad propia (Cózar Olmo, 2015, p. 88), y si nos situamos en el campo de la patología litiásica, los numerosos cambios tecnológicos que han irrumpido en nuestra práctica cotidiana han ido confiriéndonos, cada vez más, una personalidad que nos diferencia del resto de especialidades quirúrgicas (Pereira Arias, 2017, p. 3).

Llegamos así al urólogo actual que, de acuerdo con Cózar (2015, p. 88) es

«un especialista médico-quirúrgico, que domina el diagnóstico y tratamiento de todas las patologías del aparato urogenital, junto con las afecciones del retroperitoneo y suprarrenales, desarrollando las habilidades de las técnicas quirúrgicas abiertas y mínimamente invasivas, endourológicas, laparoscópicas y robóticas en el abordaje de dichas patologías, así como las competencias necesarias para tratar médicamente todas las patologías del tracto genitourinario, desarrollando su actividad preferentemente en el ámbito hospitalario, con docencia reglada, vía MIR, en los centros acreditados».



# Capítulo



## Introducción al dialecto riojano



#### 4.1. BREVE REFLEXIÓN INICIAL

Abrimos este estudio con una breve reflexión que tiene mucho que ver con la naturaleza y extraordinaria riqueza de su contenido. Vienen a mi mente dos cuestiones que, en última instancia, presentan tal entidad que, por sí solas, podrían justificar la susodicha riqueza lingüística que descubrimos en la investigación dialectológica de la región riojana. Por una parte, es fundamental referirse a la especial densidad demográfica que históricamente ha caracterizado a la comunidad de La Rioja, particularmente en los siglos antiguos y medievales. Frente a la creencia tradicionalmente aceptada de que nos encontramos ante una prototípica *tierra de paso*, las investigaciones últimas, tan reiterativas, hacen referencia a poblamientos en hábitats rupestres verdaderamente excepcionales, sobre todo, en época altomedieval, y, por otro lado, a la existencia bien documentada en los cartularios y escrituras de esa época medieval (siglos XI-XIV) de villas, aldeas y pueblos, muchos de ellos hoy ya inexistentes, cuya identidad toponímica descubre evoluciones evidentes romances a partir de nombres propios, así mismo incuestionables, de naturaleza latina.

Por otro lado, extraña menos la consideración de La Rioja como un territorio caracterizado por un grado muy alto de productos culturales. Es de justicia aclarar que la importancia histórica, por ejemplo, de los monasterios riojanos de esa época (San Millán de la Cogolla, San Martín de Albelda, Santa María la Real de Nájera, etc. etc.) y conjuntos catedralicios (Santo Domingo de la Calzada y Calahorra), al lado de aportaciones muy relevantes como a) la extraordinaria antigüedad, belleza y originalidad arquitectónica, b) la vivencia tan profunda y la defensa de la ortodoxia tradicional hispano-visigótica frente a la impulsada desde la sede pontificia romana y la iglesia galicana, c) o la excepcional producción codicológica de sus escritorios, el más relevante conjunto de la España altomedieval, la importancia histórica de esos escritorios, decía, junto a las mencionadas aportaciones y otras muchas más, radica, como tanto ha insistido en ello el profesor Claudio García Turza, en la antigüedad de los textos y testimonios iberorromances compuestos o copiados en sus bibliotecas, así como en la excepcional cantidad, variedad y, sobre todo, calidad de los mismos, todos ellos, en cualquier caso, imprescindibles para elaborar la historia de la España medieval así como la del español primitivo y la de la literatura española (recuérdese que Gonzalo de Berceo ha contribuido a enriquecer el vocabulario culto de nuestra lengua como nadie lo ha hecho con tal intensidad y acierto en las letras hispánicas).

Por todo ello, a nadie ha de extrañar que tan singular creación en el ámbito humanístico y filológico haya dejado también una profunda huella en lo relativo al lenguaje común en nuestra tierra riojana.

## 4.2. EL DIALECTO RIOJANO

### 4.2.1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR DIALECTO?

La dialectología según Ramírez (1996, p. 40), «es una disciplina con una larga tradición y una metodología claramente definida para establecer fronteras geográficas sobre los usos de ciertas formas lingüísticas, ya sean fonológicas, morfológicas, sintácticas o léxicas». Con dicha metodología, se elaboran los denominados *atlas lingüísticos*, que son la base de la denominada *geografía lingüística*, donde se cartografía la distribución de ciertos elementos lingüísticos. Dichos *atlas lingüísticos*, se elaboran con el método de encuestas a informantes, generalmente adultos de entre 60 a los 70 años, conocedores de las tradiciones y lenguas vernáculas. En la elección de los informantes, se debe de tener presente las variaciones lingüísticas de los diferentes contextos socioculturales, en los diferentes aspectos de la lengua y patrones lingüísticos. Deben de valorarse los distintos componentes de una lengua (fonológico, composición gramatical, semántico y léxico); las diferencias entre los distintos grupos sociales y la edad de los mismos; si es habla espontánea o dirigida, escrita u oral, etc. (Ramírez, 1996, p. 37).

Pero ¿qué entendemos por dialecto?

Siguiendo a Manuel Alvar, (1996, p.13): «Dialecto es, un sistema de signos desgajado de una lengua común, viva o desaparecida; normalmente con una concreta limitación geográfica, pero sin una fuerte diferenciación frente a otros de origen común». Igualmente puede denominarse dialecto a otras estructuras lingüísticas, simultáneas a otras, que no alcanzan la categoría de lengua.

Pero la diferenciación, no quiere decir únicamente fragmentación histórica y geográfica. Los individuos de una comunidad dialectal deben de mantener una inteligibilidad plena, y si no fuera así estaríamos ante un nuevo dialecto.

Desde un punto de vista estrictamente lingüístico, *dialecto* significa, *diferenciación*.

Si nos centramos en los dialectos españoles, y dado que la lengua madre sigue existiendo (el castellano), podríamos pensar en que existen dos tipos de dialectos. Unos de carácter *arcaico*, que prácticamente nacieron sincrónicamente con el castellano (leonés, aragonés, riojano, etc.) y otros de carácter *innovador*, diacrónicos, que se explican tan sólo como evoluciones del castellano (murciano, andaluz, canario, español de América, etc.).

La dialectología estructural no debe limitarse a considerar los problemas históricos en el pasado, sino que las diferencias pueden ser tanto sincrónicas como diacrónicas (Alvar, 1996, p.11).

En realidad, como ha dejado bien sentado Penny<sup>42</sup>

«llevando las cosas un poco más lejos, no existe tal cosa como un dialecto. Es posible hablar, digamos, de los ‘dialectos de Castilla’ en el sentido de la totalidad de las variedades habladas dentro de Castilla, pero *sin que implique que existan dialectos separados identificables dentro de Castilla* [la cursive es mía], o que los dialectos de Castilla no se diluyan imperceptiblemente en los de las áreas vecinas, como Aragón, León o Andalucía»

Tampoco en el sentido social el término dialecto se corresponde con una realidad objetiva. En suma, el término dialecto (así como el de *lengua*, lengua particular) no se corresponde con una realidad objetiva, por lo que «nos vemos obligados a rechazar la noción de dialecto como una entidad discreta o delimitable».

#### 4.2.2. EL DIALECTO RIOJANO

Según Manuel Alvar, La Rioja es una región de transición, que se divide claramente en dos zonas geográficas, que han condicionado su historia y su léxico (Alvar, 1976, p.11). Resume Manuel Alvar, en su estudio sobre el dialecto riojano (1976, p.84): «la realidad del dialecto riojano como existencia singular: *dialecto ecléctico* en cuanto a la variedad de sus componentes, pero inexistente si desligamos la *fusión*».

Su nacimiento lo enclava Alvar (*ibid.*,17) en las *Glosas emilianenses*, de mediados del siglo X (Menéndez Pidal, *Orígenes*, p. 2), aduciendo que estas anotaciones, realizadas para aclarar diversos problemas -ordinariamente léxicos-, se redactaron en la lengua del pueblo. Su nacimiento, pues, lo sitúa Alvar (*ibid.*,17) en las *Glosas Emilianenses*, ampliamente estudiadas por Menéndez Pidal (1926, pp.1-10). Según refiere este lustre filólogo e historiador, se trata de un manuscrito del monasterio de San Millán de la Cogolla, conservado actualmente en la biblioteca de la Academia de la Historia y que el paleógrafo J. M. Eguren se limitó a calificarlo de «códice

<sup>42</sup> Cf. Ralph Penny, *Variación y cambio en español*. Madrid, Gredos, 2004, 30-31.



antiquísimo». P. Eward, por su parte, lo atribuye al siglo IX; G. Loewe nota el arcaísmo de la escritura visigótica en este códice y duda respecto a su fecha entre los siglos VIII y IX; C. Pérez Pastor lo juzga escrito «en letra del siglo IX al X, mientras que M. Férontin concreta más: «escritura visigótica del siglo X».

Como puede verse, estos eruditos, provistos de una gran base manuscrita de comparación, sitúan el texto entre los siglos IX y X, con glosas de mediados del siglo X. El anotador (glosador) introduce las glosas de varias maneras. Unas veces hace en el texto un signo especial de llamada, y con igual signo encabeza la glosa. A veces dos glosas van juntas formando frase, y a veces en orden inverso al del latín. A menudo la glosa va interlineada, sin que necesite llamada ninguna y alguna vez, va al margen, y se olvidó de incorporar la llamada (*ibid.*, pp. 2-4).

En el último fragmento de uno de los sermones atribuidos a San Agustín, figura un texto, rigurosamente tal, íntegramente escrito en romance, que constituye propiamente no una glosa sino una oración (*ibid.*, p. 84). Dice así:

«Cono ajutorio de nuestro dueño, dueno Christo, dueño salbatore, qual dueño get ena honore, equal duenno tienet ela mandatjone cono Padre, cono Spiritu Sancto, enos sieculos delosieculos. Facanos Deus Omnipotes tal serbitjo fere ke denante ela sua face gaudioso segamus. Amen» (*Con la ayuda de nuestro Señor Don Cristo Don Salvador, Señor que está en el honor y Señor que tiene el mandato con el Padre con el Espíritu Santo en los siglos de los siglos. Háganos Dios omnipotente hacer tal servicio que delante de su faz gozosos seamos. Amén*).

Siguiendo, de nuevo, a M. Alvar (*ibid.*,18), es éste el primer testimonio de una lengua peninsular, nacido, precisamente, en un cenobio riojano, con las particularidades idiomáticas de la región, sin excluir las de una impronta navarro–aragonesa que había de ser muy duradera.

No obstante, y en relación con que estas palabras y frases glosadas sean el primer testimonio del dialecto castellano, hay filólogos como Jorge M.<sup>a</sup> Ribero-Meneses (*El fraude de la cuna riojana del Castellano*, 2004) que sitúan el nacimiento de nuestro castellano en el documento la *Nodicia de kesos*, redactado en torno al año 959 en el monasterio de San Justo y Pastor del actual despoblado leonés de Rozuela, absorbido hoy por el municipio de Ardón (Ribero-Meneses, 2004, pp.49-50). Se trata de unas

anotaciones que el despensero o furriel del monasterio de los santos Justo y Pastor de Rozuela, a orillas del río Esla, escribe en el reverso de unas escrituras, unas palabras con el fin de inventariar los *kesos* salidos recientemente de su almacén. Y las escribe en lengua romance. O leonesa; o castellana (*ibid.*, p.53). Este mismo autor manifiesta, llamativamente, que las lenguas denominadas *romances* no derivan del latín, que según él nunca fue hablado por el vulgo, sino que solamente era practicado por la élite cultural y que eran las denominadas lenguas romances en la que se expresaban los españoles a lo largo del siglo IV en adelante (*ibid.*, pp. 41-43).

Conviene añadir aquí que hoy resulta obligado referirse particularmente a la producción filológica del profesor Claudio García Turza en relación con el importante aspecto lingüístico de la génesis y orígenes históricos del español. Como bien sintetiza Gimeno Menéndez<sup>43</sup>,

«Las relevantes contribuciones de Claudio y Javier García Turza han puesto de relieve la conexión entre la transmisión cultural hispana y el renacimiento carolingio, así como los aspectos históricos de San Millán de la Cogolla en la Alta Edad Media. El descubrimiento de tres nuevos manuscritos visigodos en la Real Academia de la Historia (los códices emilianenses 24, 31 y 46), en los que han analizado los aspectos codicológicos y paleográficos y las primeras glosas escritas del romance hispano, constituyen una fuente de primera

---

Cf. Su “Prólogo” a C. García Turza, *Los primitivos romances hispánicos, nuevas aportaciones desde los glosarios visigóticos*. Fundación San Millán de la Cogolla, 2011, 10. Entre las publicaciones del investigador riojano sobre la aportación del escritorio emilianense al estudio del español primitivo es de interés destacar aquí: *Nuevas fuentes de la lengua y cultura hispánicas: los glosarios altomedievales* (1996), *Fuentes Españolas Altomedievales. El código emilianense 46 de la Real Academia de la Historia, primer diccionario enciclopédico de la Península Ibérica* (1997, en colaboración con Javier García Turza), *Los manuscritos visigóticos. Estudio paleográfico y codicológico* (2002), *La Glosas del Código Albeldense* (2003), «La glosa 89 del Em. 60, el primer vagido del español», *Estudis Romànics*, 25, Barcelona (2003), 299-311, *Fuentes Españolas Altomedievales. El código emilianense 31 de la Real Academia de la Historia. Edición y estudio* (2004, en colaboración con Javier García Turza), *La aportación de los glosarios hispanos altomedievales a la historia de la lengua española* (2008), etc. Dirige en la actualidad un proyecto internacional de investigación, con el título *Edición crítico-filológica y estudio de las Glosas Emilianenses y Silenses*.

magnitud para la investigación de los romances hispanos [...]. Sin duda alguna, la contribución de Claudio García Turza sobre la aportación de los glosarios hispanos altomedievales a la historia lingüística española es excepcional [...]. El proceso de formación de los romances requiere, pues, una nueva historia, con una preocupación por las consideraciones sociológicas y antropológicas de los hablantes, a partir de los nuevos hallazgos sobre los manuscritos visigodos de los siglos X y XI».

Así mismo, interesa señalar ahora que, según F. Abad Nebot, (2004, pp.7-26), para entender la "Historia de una lengua" hay que

«tener en cuenta la evolución lingüística y lo dialectal supone hacerse cargo de un atributo del lenguaje: la lengua es continuidad, una tradición muy densa, en cuanto se halla arraigada y distribuida por toda la comunidad; sin embargo en tal continuidad se dan discontinuidades, y asistimos así a la variedad de tal historia y a sus rupturas parciales» (*ibid.* 2004, p.7).

«Lengua es sincronía -por supuesto-, pero asimismo es siempre diacronía y diferenciación diatópica y sociolingüística». (*ibid.* 2004, p.25).

Por otra parte, el dialecto riojano cuenta con una bibliografía todavía insuficiente.

Abundantes materiales de la región se incluyeron en los *Orígenes del Español* de Menéndez Pidal, existiendo varios estudios concretos de historia lingüística de R. Lanchetas, S. Dobelmann, C. Guerrieri Crocetti, Aldo Ruffinato y Brian Dutton. Vemos que no es mucho y debe de estar sometido a una exhaustiva revisión (Alvar, 1976, pp.33-34).

Desde un análisis somero del castellano hablado en La Rioja, apreciamos que tiene una clara textura del castellano oficial.

Alonso Zamora (1967, pp.336-339) no cataloga el habla riojana como dialecto, sino que la identifica como *habla de tránsito* junto al extremeño, al murciano y al canario, manifestando de ella lo siguiente: «Disimulados bajo el manto castellano surgen, de vez en cuando, testigos aislados de su viejo aire dialectal». No obstante, estudios más profundos como los realizados por Pastor Blanco en la Sierra de Urbión, región suroccidental de La Rioja (2010, pp. 93-96) hacen resaltar unas diferencias que caracterizan nuestro dialecto y entre las que cabe destacar:

*En cuanto a sus características fónicas:*

-falta de diptongación

- presencia de diptongo creciente sin inflexión de yod
- mantenimiento de la vocal átona etimológica sin inflexión de yod
- conservación de vocales postónicas
- conservación de vocal-*e* final absoluta
- transformación de *-e* final en *-i*
- pérdida de vocales átonas en posición final absoluta, especialmente de *-a* y *-o*
- mantenimiento de *-i* etimológica
- cierre de *-o* átona en *-u*
- presencia de diptongación con antiguos grados evolutivos
- preservación del diptongo creciente *ie* ante *s* agrupada
- presencia de epéntesis de yod en la terminación
- pervivencia señalada de *f-* inicial, o su transformación en la fricativa velar sorda
- mantenimiento de la palatal inicial
- coexistencia de variantes fonéticas portadoras de rasgos diatópicos relevantes
- palatización de la consonante alveolar situada en posición inicial
- mantenimiento invariable de las oclusivas sordas intervocálicas
- confusión de la vibrante con la lateral, sobre todo al final de los infinitivos
- aspiración de *s* intervocálica, especialmente previa a vocales *a* u *o*
- permanencia de diptongos decrecientes arcaicos
- mantenimiento de grupos consonánticos iniciales
- simplificación de la lateral palatal intervocálica
- mantenimiento de grados primitivos d evolución
- conservación del grupo interior *-mb-*
- sonorización de consonante sorda tras sonante
- mantenimiento del grupo etimológico latino *-mpl*
- transformación en la africada palatal de grupos etimológicos interiores *-dj-/-tj-*
- transformación del grupo interior *-scj-* en la fricativa velar sorda o la africada

palatal

*En relación con los rasgos morfosintácticos:*

- plurales femeninos en *-es*
- lexicalización de participios de presente

- locuciones adverbiales conocidas en la lengua antigua
- sustitución del imperfecto de subjuntivo por el condicional
- utilización excesiva de los sufijos diminutivos –ino,-ina,-in en la serranía riojana

*En el plano léxico:*

- convivencia de arcaísmos, mozarabismos, arabismos, galicismos y vasquismos
- introducción progresiva de formas modernas en particular anglicismos.

Tal riqueza de variantes sincrónicas nos lleva a reproducir, creemos que oportunamente, la síntesis que en el plano diacrónico presentó el profesor Claudio García Turza

«de los resultados de un análisis lingüístico comparativo [realizado por él] entre las sincronías del siglo XIII que muestran la documentación romance gestionada en el monasterio de San Millán de la Cogolla y en las localidades del valle del río Cárdenas (70 escrituras, de 1220 a 1289, archivo de Yuso), por una parte, y la muy próxima (17 km de distancia entre ambas localidades), albergada en los archivos calceatenses (95 cartas, de 1203 a 1299, archivos catedralicio y municipal, por otra».

Pues bien, entre los rasgos que configuran cada una de las dos sincronías descubre, junto a las esperables semejanzas,

«bastantes discrepancias, algunas de las cuales ciertamente importantes. Helas aquí:

Particularidades de la documentación emilianenses inexistentes por completo en la calceatense de la consonante lateral del artículo a una nasal precedente dando lugar a conglomerados del tipo *enna*, *conna*, e incluso la fusión del morfema *-n* del presente de indicativo con el pronombre tan usual *-li* [*danni* (= dan li)]; b) el mantenimiento inalterado del grupo consonántico *-mb-* en voces como *palombar*, *Lombo* y *cambarero*, rasgo que se incluye también entre los riojanismos específicos; c) la presencia muy frecuente y predominante de la forma arcaica del pronombre de identidad *misme* (21 testimonios, frente a 3

ejemplos tan sólo de *mismo*); d) y el uso de algún descendiente arcaizante de *f* á *c* (e) *r e* como *femos* o de algún perfecto dialectal de *ser* como *foron*.

Algunos rasgos de los textos calceatenses que no figuran en absoluto en los emilianenses: a) el empleo de la grafía *x* para la representación de la prepalatal fricative en los descendientes del pretérito perfecto *d i x i t* y tiempos afines, de *e x i r e* y de *l a x a r e*, que en la documentación emilianense presentan siempre *ss* arcaizante; b) el mantenimiento del diptongo decreciente en casos como *dereitura* (2 veces), *eitassen* [‘echasen’], *fferrayn*, *herrayn* [‘herrén, forraje’][...], siendo así que en los textos de San Millán solo aparece en el antropónimo *Peidro* (y en su deriv. *Peidrez*); c) la presencia de 4 testimonios de la evolución *-it-* < *-kt-* (*dereitura*, *eitassen*, *fruyto* y *ffuyto*), d) el empleo de numerales en *-anta* (*nouanta*, *sexanta*), del plural *bues*, del artículo masculino *lo* (*lo linar*), del posesivo *lur* (y el plural correspondiente *lures*) y de la preposición *troa* ‘cerca de, alrededor de’».

Cuanto antecede prueba, en la opinión de García Turza, cómo en la caracterización rigurosa del dialecto riojano resulta un error serio centrarse exclusivamente en la presencia de particularidades lingüísticas compartidas (y no siempre de modo coincidente), como puede ser el caso de los arcaísmos y dialectalismos manidos, omitiendo el importante número de diferencias testimoniadas en los diferentes niveles lingüísticos. Expresado de forma pedagógica, hemos venido utilizando un método muy equivocado cuando al editar, por ejemplo, una obra de Berceo, en lugar de comprobar cuáles son las variantes lingüísticas más frecuentes en los documentos del valle emilianense (cuya lengua, como lengua materna, él empleaba en sus creaciones literarias), introducimos las más comunes dentro de la totalidad de documentos riojanos (Rioja Alta, Baja o Media). De ese modo, la lengua editada no se corresponde en modo alguno con la característica del poeta riojano.

A este respecto, será útil conocer que Claudio García Turza, a la luz de los fenómenos lingüísticos por él examinados<sup>44</sup>, ha llegado a

<sup>44</sup> Cf. C. García Turza y J. García Turza, *Una nueva visión de la lengua de Berceo a la luz de la documentación emilianense del siglo XIII*. Logroño, Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Rioja, 1996, 190.

«analizar con suficiente apoyo de datos y valorar de forma rigurosa muchos de los rasgos que configuran el dialecto netamente riojanizante de Berceo, que es de hecho el aceptado por la mayoría de los especialistas. Un idiolecto totalmente impregnado por los hábitos lingüísticos propios del Valle de San Millán, según lo evidencian los textos antiguos y fidedignos de la tradición manuscrita del poeta riojano».

A su entender,

«la producción literaria de Berceo muestra un sistema lingüístico esencialmente castellanizado, en el que todavía perduraban bastantes rasgos arcaizantes; un sistema que no había logrado aún desplazar muchos dialectalismos, que eran afines, sobre todo, a los romances orientales de la Península».

En lo concebido habitualmente, se sostiene, en efecto, la conjunción de este mestizaje junto a una tradición tenazmente conservadora, con arcaísmos, muchos de ellos considerados como auténticas reliquias vivientes, lo que fundamenta nuestro singular y *ecléctico dialecto riojano*.

Para entender este mestizaje, la atención de la dialectología se fija, en general, en lo que pudiera ser nuestra *torre de Babel*. La historia nos recuerda cómo oleadas de tribus celtas e iberas se asentaron en nuestro suelo, mezclándose con las tribus indígenas, e imponiendo sus costumbres, su cultura y sus lenguas. Posteriormente, fueron Cartago y Roma los que, con su dominio, impusieron nuevamente sus costumbres, su cultura y su idioma, durante aproximadamente 600 años. Ya desde la época de Constantino, desde la primera división eclesiástica, la Rioja, pertenecía a la Tarraconense, a pesar de estar bajo los dominios del reino de Cantabria, con lo que se inicia la primera dualidad a la que alude M. Alvar, entre Rioja Alta y Rioja Baja. Con la llegada de los visigodos y esencialmente, con la posterior invasión musulmana, bajo cuyo dominio permanecemos más de cinco siglos, el modelo romano-cristiano se ve trastocado por completo (Martínez, 1980, pp.9-12). Según refiere Manuel Alvar (1976, p 11), la ocupación árabe no pasó, de una manera estable, de la ciudad de Nájera, que se convirtió en la plaza fronteriza más importante que los árabes tenían frente a las últimas estribaciones del reino asturiano. La ocupación árabe no fue homogénea en toda la península Ibérica y en

La Rioja, su dominación resultó más breve, y en muchos casos sin llegar a ocupar más que los puntos estratégicos. Según A. Pérez Alonso (1971, p.30), La Rioja estuvo bajo el poder de los árabes, desde el 714 hasta la conquista de Calahorra por D. García de Nájera en 1045.

La Rioja Baja, como zona más cercana a Zaragoza, de donde partían buena parte de las expediciones árabes, estuvo ocupada por los musulmanes bastante más tiempo que la zona de la Rioja Alta, reconquistándose en primer lugar Arnedo (923?), posteriormente Calahorra (1045) y finalmente, unas décadas más tarde, Alfaro y Cervera, con lo que se establece la segunda dualidad (Morales,1982, pp.3-4). Con posterioridad y una vez iniciada la reconquista, la Rioja sufre continuos avatares y fluctuaciones en el poder, entre los diferentes reinos cristianos, lo que hace que pase de la dominación navarro-aragonesa a la castellana en varias ocasiones. Claro ejemplo lo tenemos en Nájera, cuya plaza, a pesar de ser reconquistada por el reino de León (923), fue pronto cedida a Navarra (924), ya que la dinastía pamplonesa se sentía heredera de la tradición romana (Íb, p.14) llegando incluso a ser capital del denominado *reino de Nájera-Pamplona* y donde García de Navarra (de Nájera), fundó Santa María de Nájera, iglesia episcopal que extendería su jurisdicción por los terrenos burgaleses de la Bureba, Oca y la más vieja Castilla. Finalmente, la Rioja, en 1076 se incorpora definitivamente a Castilla.

Otra de las dualidades encontradas entre las dos riojas, la oriental y la occidental, es que en ésta última se asentaron en la época medieval los cenobios de Albelda, San Millán y Valvanera, siendo focos de irradiación cultural.

En relación con este último, Valvanera fue un monasterio de menor relevancia, por lo que en él se escribieron unos documentos, constitutivos de un Viejo cartulario, que suelen considerarse como de carácter más vulgar, por lo que para nosotros tienen un mayor interés que los redactados en un correcto latín (*ibid.*, p.16).

Estas fluctuaciones, hacia el centro o hacia el oriente peninsular, han hecho que La Rioja albergue dos fisionomías, separada por el eje del Iregua hasta Logroño, de *Rioja Alta* (occidental) y por la que discurrió el *iter francorum*, que gravita hacia Castilla, y la *Rioja Baja* (oriental), cuyas diócesis de Calahorra, sufragánea de Zaragoza hasta 1574, y la de Alfaro perteneció a Tarazona y vertidas hacia Navarra y Aragón. Esta partición geográfica y eclesiástica ha tenido también sus consecuencias lingüísticas (*ibid.* p.14).

Otro de los factores de esta mencionada dualidad, ha sido la influencia del vascuence en La Rioja, defendido con vehemencia por J. J. Merino Urrutia como expresa en sus escritos *El vascuence en la Rioja y Burgos* (1962) y *La lengua vasca en la Rioja y*



*Burgos* (1978). Durante los siglos IX y X, fue el río Najerilla el límite oriental del vascuence y extendiéndose por el sur de la provincia hasta Villavelayo, Mansilla, ambas Viniegras, Brieba de Cameros (*sic*), Villanueva de Cameros, Laguna de Cameros y Enciso, y reconociéndose un gran influjo en el valle de río Oja.

Es de tener en cuenta que las primeras palabras escritas en vascuence lo fueron en el monasterio de San Millán (La Rioja), en las Glosas Emilianenses, y comentadas por Menéndez Pidal en los *Orígenes del Español* (1926, pp.1-10). En esta misma obra, se relata que Gonzalo de Berceo introdujo unos cuantos vasquismos, de lo que se llegó incluso a deducir que fue bilingüe (Merino, 1962, p. 20).

No obstante, Fabián González (2003, p.477) constata formas léxicas toponímicas, con un fuerte arraigo vasco, en la Rioja Baja, no encontradas en la Rioja Alta (*yasa/jasa*).

A destacar igualmente el influjo que haya podido tener la presencia de francos, desde que Sancho III el Mayor desvió la *via francígena* hacia la llanura riojana, haciéndola pasar por Nájera, Santo Domingo, Grañón y de allí a Belorado y Burgos, en busca de una mayor comodidad y seguridad (Fortún Garcés, 1993, p.15). Este hecho provocó una mayor afluencia a nuestras tierras de elementos francos (García Prado, 1952, p.329). Concretamente, tres enclaves riojanos se vieron favorecidos por este acontecimiento (Alvar, 1976, pp., 26-28): Nájera, ya en 1052, tenía un mercado en manos de judíos y francos y en 1079, Alfonso VI donó a Cluny la iglesia y alberguería de Santa María, sustituyendo la comunidad española por una francesa, e inclusive al mismo abad. Otra de las afectadas por el influjo del cambio del *iter francorum*, fue Santo Domingo de la Calzada, fundada al abrigo de la construcción de un puente para facilitar el paso de peregrinos a través del río Oja, además de una alberguería, consolidando con ello el desvío realizado entre Nájera y Redecilla. Posteriormente repobló con francos dicha población (1027) bajo los privilegios del fuero de Logroño.

La tercera población afectada por este hecho fue la villa de Logroño, la cual fue cedida por García Sánchez de Navarra (926) al monasterio de San Millán y que un siglo y medio después fue repoblada con gentes «tam Francigenis quam etiam Ispanis» y que con el paso del tiempo llegaría a ser la capital de la Rioja. Para atraer y consolidar la presencia de los mencionados francos, Alfonso VI ideó un estatuto jurídico poco gravoso, con exención de impuestos, conocido desde el fuero de Logroño con el término de *franquicia*. A pesar de estos hechos, exceptuadas algunas interesantes excepciones,

no abundan en los documentos riojanos aportaciones francófonas, además de que la lingüística los silencia (*ibid.* p. 32).

Añadido a toda este análisis del dialecto riojano y analizados los lemas de nuestro trabajo, pensamos que el dialecto riojano sigue evolucionando y ampliándose en el plano diacrónico, con lemas de rigurosa actualidad y que no hacen más que consolidarlo, dando cuenta de la agilidad mental de los pobladores de este ecléctico pueblo, por lo que junto a arcaicas palabras encontramos otros neologismos, la mayoría de las veces etimológicamente derivadas de nuestro común castellano, como *abrilatas* por *pene*, *chivar* por realizar el acto sexual, *invitados* por *piojos*, *pocha* por *vagina*, etc.

Al terminar estas consideraciones sobre el dialecto riojano, me siento en el deber de recoger, incluso textualmente, los planteamientos abiertamente novedosos y suficientemente probados del profesor Claudio García Turza sobre la naturaleza de dicho dialecto<sup>45</sup>. Precisamente las conclusiones a que llega el autor de la tesis, por él dirigida, de José María Pastor Blanco (*El habla de los valles riojanos de Canales, del Brieva y del Urbión*), en la que se centra en hacer resaltar numerosas diferencias que caracterizan nuestro dialecto en los niveles fónico, morfosintáctico y léxico,

«avivan el interés por la reconsideración de los planteamientos tradicionales en la búsqueda de la personalidad lingüística del dialecto riojano. La presencia de un habla extraordinariamente híbrida en unas poblaciones muy aisladas a lo largo de los siglos y, por ello, tenazmente conservadoras contraviene a las explicaciones que se aducen comúnmente en los estudios más solventes de la dialectología para tratar de justificar el eclecticismo y el hibridismo del dialecto riojano general, tanto desde el enfoque diacrónico como desde el sincrónico. A la luz de investigaciones como la presente [de Pastor Blanco] (y de otras de carácter histórico, todavía de mayor alcance a este propósito ...), procede afirmar que la ausencia de unidad lingüística o, visto al contrario, la pluralidad de normas del dialecto de La Rioja no son el resultado de una entremezcla histórica de influencias foráneas, correspondientes a las distintas y bien caracterizadas hablas de su entorno. La Rioja no es por definición, según el tópico que todos conocemos, cruce y entrelazo de influjos externos,

---

<sup>45</sup> Cf. García Turza, C. “Prologo” a Pastor Blanco, J. M., *El habla de los valles riojanos de Canales, del Brieva y del Urbión*. Logroño, Instituto de Estudios Riojanos, 2001, pp. 13-14.

mantenimiento ejemplar de la convivencia de castellanismos, vasquismos, navarrismos y aragonesismos. Las hablas de La Rioja, en un planteamiento riguroso y ajustado a la realidad histórica, no tiene un componente castellano viejo, otro navarro-aragonés y otro relacionado con el español del País Vasco, concretamente de Álava, y con el propio eusquera. La Rioja, *desde una densidad demográfica siempre estimable y una andadura histórica y cultural muy específica, ha presentado y presenta unas evoluciones lingüísticas esencialmente autónomas, si bien coincidentes, lógicamente, con las propias de los dialectos y hablas limitrofes*».

### 4.2.3. LÉXICO RIOJANO

#### 4.2.3.1. *Estado de la cuestión sobre los vocabularios y estudios publicados en el habla de La Rioja*

No han sido muchos los estudios que hasta la fecha se han hecho en La Rioja, y además, han sido demasiado tardíos y por lo tanto no se pudo recoger en ellos muchas de las voces que ya estaban en desuso.

La primera recopilación de dichas voces es el manuscrito *Diccionario Etimológico de Voces Provinciales de Rioja*, del Reverendo Padre Fray Manuel de Echavarría, que data de finales del siglo XVIII, y que en su forma original se conservó en la Biblioteca del convento de los Reverendos PP Misioneros del Inmaculado Corazón de María, de Calahorra y que anteriormente perteneció a don José María Govantes, de Briones (La Rioja). Actualmente se encuentra en la biblioteca del Instituto de Estudios Riojano (IER) (antigua biblioteca de la Excelentísima Diputación de Logroño) donde también existe una copia textual del mismo, realizada con autorización, por el cronista que fue de la provincia de Logroño, Rdo. D. Pedro González y González. Este manuscrito incluye unas cuatrocientas cinco palabras usadas en La Rioja que o no se encontraban en el Diccionario de la Real Academia española, en su 2.<sup>a</sup> edición, del año 1783, o tenían otras acepciones y se hallaba inédito, hasta que Goicoechea lo incluyó, parcialmente, en su *Vocabulario riojano* (Goicoechea, 1961, p.11).

Existe un lapsus de aproximadamente dos siglos sin publicación conocida, hasta que, en 1946, Luisa Yravedra, publica “El habla de Cervera del Río Alhama”. Aportación de gran calidad que resalta los rasgos fonéticos y léxicos, de la recóndita zona cerverana,

que presenta diferencias dialectales con las del resto de La Rioja, al estar muy influenciado su léxico por los dialectos de Navarra, Aragón y Soria, alcanzando su acento matices *galaicos* (Yravedra, 1946, p. 144).

Posteriormente el trabajo del Rvdo. D. José Magaña, fallecido en el año 1952, a los veintiséis años y cuya prematura muerte le impidió, como era su proyecto, publicar otras aportaciones que tenía preparadas. A él se debe su notable “Contribución al estudio del vocabulario de la Rioja”, publicado en la *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares (RDTP)*, t. IV, 1948, cuaderno 2º, pp. 266-303), y que incluyó Goicoechea en su *Vocabulario riojano*, así como una buena parte de sus inéditos trabajos entregados al mismo por su familia (Goicoechea, 1961, p. 11).

El trabajo de Magaña es de gran calidad y se nutre con voces de 15 pueblos de la Rioja, entre ellos los de Cervera del Río Alhama y Cornago, y como él nos indica recogidos directamente de la boca del pueblo. Nos señala Magaña en su introducción que la ubicación de la Rioja, punto de confluencia de distintas regiones, Navarra, Álava, Soria, Burgos y Aragón, ha originado un frecuente trasiego de vocablos que suscita un vivo interés lingüístico (Magaña, 1948, p. 266).

Ninguna de las voces incluida en el estudio figura en el *Diccionario de la Real Academia*, decimosexta edición, del año 1933, como tales ni bajo el epígrafe de riojanismos. Sí registra las que presentan otras acepciones distintas y las indicadas como regionalismos de otras provincias y sí que tienen presencia en La Rioja (ibíd, p. 268).

En el año siguiente, 1949, J. J. B. Merino Urrutia, publica *El folklore en el Valle de Ojacastro* (Logroño, Instituto de Estudios Riojanos), trabajo con un carácter localista.

El siguiente trabajo en aparecer, en 1950, es el “Vocabulario arnedano” de D. Fernando Fernández de Bobadilla (*Berceo*, 16, 1950, pp. 595-602, y 18, 1951, pp. 127-143), del que solamente se publicó hasta la letra *E*. Las voces están tomadas en directo entre los vecinos de Arnedo, dándonos una idea muy completa del habla de los pueblos de la Rioja Baja. De este trabajo y de una larga lista adicional de palabras y modismos arnedanos, Goicoechea obtuvo gran provecho, como él mismo relata (Goicoechea, 1961, p. 12)

En la revista. *Berceo*, (1951, nº. 20, 331-335), publica J.J.B. Merino Urrutia "El vascuence en la Rioja y Burgos" y en 1954, presenta su trabajo de carácter localista “Vocabulario de palabras recogidas en el Valle de Ojacastro (Rioja)” aportando 112 palabras recogidas en dicho territorio (*RDTP*, X, 1954, pp. 323-330), pasando a

engrosar el vocabulario de C. Goicoechea (a pesar de no ser citadas según refiere Merino Urrutia en su introducción).

En 1961, Cesáreo Goicoechea, publica en Madrid, el *Vocabulario Riojano*. Se trata de un libro premio Duque de Berwick y de Alba, de la Real Academia Española, publicado en el Anejo VI del *BRAE*, 1961. Este compendio se fraguó con la presentación, en la Real Academia de la Lengua Española, para optar al mencionado premio, convocado en el año 1948. Contenía en esos momentos unos dos mil doscientos riojanismos. En 1952 se le concedió el mencionado galardón y ya para entonces tenía el autor recopilados más de mil nuevos vocablos, por lo que solicitó autorización para incluirlos en la publicación del trabajo premiado. Así, en total, recoge unas tres mil trescientas palabras usadas en la provincia de Logroño, que no se encuentran registradas en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española o lo están con otras acepciones. Fueron excluidos en él los términos que ya estaban en desuso y se consideraron como puramente antiguos. No obstante, los considerados antiguos se incluyeron si estaban presentes en el habla actual. Tampoco se incluyeron los vocablos que han sido reconocidos como riojanismos por la Real Academia de la Lengua española y figuran en su diccionario como tales, salvo que se constate otra acepción. También fueron excluidos vocablos de la Rioja Alavesa, Navarra o Burgalesa que no se localizaran en la provincia de Logroño. Del mismo modo fueron excluidos multitud de palabras y expresiones que por falta de informes no pudo encontrar una adecuada definición.

Según refiere el autor, la inmensa mayoría de las voces fueron tomadas directamente del pueblo, bien por él o por solventes colaboradores. Las definiciones son obra del autor, ciñéndose al concepto y al sentido original de la frase. Lamenta el autor lo poco que ha podido rescatar de la escasa producción literaria riojana, ni en cuanto a léxico ni en fraseología. También espigó y entresacó en revistas y periódicos.

Entre corchetes van reseñadas las más de noventa localidades de dónde fueron tomadas las voces, y representan frecuentemente a la zona circundante a ellas.

Goicoechea revisó e incorporó gran parte de todas las voces que hasta esa fecha se habían publicado por los autores citados anteriormente. Incluyó las cuatrocientas cinco voces que dio a conocer en su “Diccionario etimológico de voces provinciales de Rioja” el Rvdo. Padre Fray Manuel de Echevarría. Sigue Goicoechea incluyendo las voces recogidas en Cervera del Río Alhama por la Srta. Yravedra, las que publicó el Rvdo. D.

José Magaña y las que tenía inéditas antes de su muerte, según el mismo refiere. Hace lo propio con el “Vocabulario arnedano” de Fernando Fernández de Bobadilla. Según relata J.J. B. Merino Urrutia en la introducción de su *Vocabulario de la cuenca del Río Oja*, Goicoechea, también incluye las voces publicadas por él en 1949, pero no cita las 112 de su segunda lista de 1954, que también incorpora (v. Merino Urrutia, 1954). Y por fin añade en su *Vocabulario riojano* una serie de aportaciones de una lista de colaboradores que cita en la introducción de su libro. Todas las voces reunidas por Goicoechea alcanzan el número de 3.000 y, aunque se trata de una labor de gabinete, sirve este copioso vocabulario de La Rioja de índice de las voces publicadas hasta entonces (Goicoechea, 1961, pp.11-12).

Otro de los autores que se han ocupado de las características del habla de la Rioja es el profesor Antonio Llorente Maldonado de Guevara. En 1965, publica “Algunas características lingüísticas de la Rioja en el marco de las hablas del valle del Ebro y de las comarcas vecinas de Castilla y Vasconia” (*RFE*, 48,1965, pp.321-350). Se trata de un buen estudio lingüístico, basado en las voces recogidas en 12 pueblos de las distintas comarcas de La Rioja, que cita, y destaca la diversidad del habla fronteriza de los pueblos estudiados por la influencia que reciben, y agrega el profesor que la entonación de sus vecinos es parecida a la vasca, y no a la castellana. Se ocupa con detención de la influencia vasca y dice:

«...Alta mención merece el elemento vascuence, tanto el patrimonial como el recientemente incorporado, aunque el sustrato euskérico no sea tan abundante como era de esperar, tratándose de una comarca que habló vascuence hasta el siglo XIV».

J.J. B. Merino Urrutia, publica en 1968: *El río Oja y su comarca* (Logroño, Publicaciones de la Excma. Diputación de Logroño), en el cual no añade ningún apéndice sobre el léxico regional, pero recoge a los diversos autores que se han ocupado del tema de la etimología e historia de la voz ‘La Rioja’. Sobre el mismo tema de la historia de La Rioja, publica en el mismo año “Como se creó la provincia de Logroño en el año 1833”. *Berceo*, 80, 279-284.

Sigue la publicación (1972) de Ana María Echaide y Carmen Saralegui, de *El habla de Anguiano*, que posee un gran interés lingüístico y dialectológico, pues ha sido

tomado *in situ* a base de encuestas entre varios vecinos, cuyas voces se grabaron en cinta magnetofónica. Este trabajo, hecho con buen criterio lingüístico, tiene además interés, por ser Anguiano la capitalidad del extenso valle, surcado por el río Najerilla; es un centro geográfico importante, situado al comienzo de la garganta por donde discurre ese río, y al que sigue paralela la carretera, que después de un sinuoso y quebrado recorrido, llega a la provincia de Burgos, con altura superior a los 1.000 metros. Los vecinos de este pueblo, ganadero en su mayoría, han conservado su rica fonética y etnografía, poco contaminada de influencias extrañas dada su situación geográfica.

En 1973, J.J. B. Merino Urrutia presenta su trabajo, también de carácter restringido, "Vocabulario de la cuenca del Río Oja" (*Berceo*, 85, 1973, pp.228-282) y en la misma revista, en 1974, "Historia de la presencia del vascuence en la Rioja". (*Berceo*, 87, 237-244).

En 1975, Claudio García Turza, publica *Matute y su léxico. I. Labores agrícolas*, enmarcado dentro de un proyecto de investigación total sobre el habla viva de dicha localidad.

Comienza por el apartado agrícola a causa de la inexorable y rápida desaparición de los trabajos artesanales en la agricultura, debido a la progresiva mecanización en su ejecución. Las entrevistas guiadas las realiza en treinta sesiones, de aproximadamente cuatro horas de duración, realizadas a personas dedicadas a la agricultura y con edades comprendidas entre 50 y 65 años y anotando y a veces grabando el material recopilado.

El trabajo presenta un estudio temático donde figuran todas las palabras analizadas y un vocabulario donde se encuentran «ordenadas alfabéticamente todas las voces que han sido consignadas en la parte descriptiva [...]». Como afirma su autor (pp. 83-84), su estudio se ajusta a la siguiente metodología:

«no sólo se recogen las palabras que no figuran en el DRAE, sino que se incluyen palabras que el DRAE registra como arcaicas, familiares o propias de otras provincias. El hecho de que no pertenezcan al vocabulario común español justifica [...] su inclusión en este trabajo. Se registran también términos que DRAE recoge con otras acepciones. Recojo, así mismo, algunas voces, atestiguadas por DRAE con la misma forma y significación, aunque sin indicación restrictiva alguna y que considero de escasa vitalidad o uso no muy generalizado. Incluirlas aquí supone, a mi entender, contribuir a la localización geográfica de las mismas».

Es de destacar igualmente que el autor «En bastantes casos, especialmente tratándose de voces de origen no estudiado o de variantes no recogidas y que, a mi entender, son de algún interés, ensayo, con la brevedad propia de un trabajo como el presente, la correspondiente etimología».

En 1976, Juan A. Frago Gracia, publica en la revista *Berceo*, sus “Notas sobre las relaciones entre el léxico riojano y el navarroaragonés”, realizando unas, en palabras suyas, *apuntaciones* sobre léxico del área hispánica comprendida entre los espacios lingüísticos catalán y castellano.

Manifiesta que se trata de una situación dialectal, con una *graduación dialectal*, a veces manifiesta de una forma insensible y progresiva, guiado por razones geográficas desde el catalán→aragonés→navarro→riojano, englobando a toda el área de la franja del valle del Ebro, como un todo de grandes afinidades geográficas, históricas, socioeconómicas, etc., y por ende lingüísticas. Las mayores divergencias dentro de este relativo *continuum* se deben sin duda, en primer lugar, a la presión castellana, más fuerte y temprana en su parte occidental y al influjo del adstrato eusquérico y decreciente en este caso, aguas abajo del río ibérico.

Miguel Martínez San Celedonio, publica como autor-editor en 1980 el *Diccionario de la lengua calahorrana*, presentándonos unas 1.800 acepciones, unas típicamente calahorranas, que nacieron y sólo se utilizan allí, otras que habiendo nacido en Calahorra se extendieron por su comarca, y otras palabras, que figuran en el *DLE*, pero que allí se utilizan degradadas, distorsionadas o con una acepción distinta a la de la Academia. En su introducción realiza un recorrido histórico de Calahorra con el cual justifica la variedad léxica encontrada en su estudio.

Entre los años 1979-1983 se publica el *Atlas lingüístico y etnográfico de Aragón, Navarra y Rioja (ALEANR)*, bajo la dirección del profesor M. Alvar. Consta de 12 vols. y está editado en Zaragoza por la Institución Fernando el Católico.

Este atlas se elaboró a partir de las encuestas realizadas entre 1963 y 1968 por los profesores A. Llorente, T. Buesa y E. Alvar en un total de 179 enclaves de Aragón, Navarra, La Rioja y zonas colindantes de Burgos, Álava, Soria, Guadalajara, Cuenca, Valencia y Castellón. Cada una de las localidades encuestadas tienen un número clave precedido de la sigla de su provincia, que facilita su localización. (Los enclaves riojanos están reflejados en el anexo XIV).

Los actuales estudios lingüísticos, basados gran parte de ellos, en la Geografía Lingüística, disciplina que, desde principio de siglo XX hasta la actualidad, viene



demostrando su valía por su metodología y sus resultados y que no es sino *una parte, aunque indudablemente la más importante de la dialectología*. Paso decisivo para su implantación fue el *Atlas Linguistique de la France (ALF)* de J. Gilliéron y E. Edmont, de orientación principalmente fonética.

K. Jaberg y J. Jud dirigieron el *Atlas Italo-Suizo*, donde comenzaron a introducir concepciones sociolingüísticas, con planteamientos tomados del movimiento alemán *Vörten und Sachen*.

Los Atlas Lingüísticos, además de reportar el estudio y contenido lingüístico, añaden una importante cantidad de datos, en particular, para los repertorios léxicos y la localización de las voces, apoyo en el establecimiento de etimologías y documentación de términos, y en general, para las investigaciones de tipo léxico y semántico. El desarrollo de la Geografía Lingüística ha renovado e impulsado los estudios onomasiológicos y semasiológicos.

En España el desarrollo de los atlas se vio truncado por la Guerra Civil y muchos de los trabajos se perdieron, e hizo que otros muchos aparecieran con evidente retraso, etc. Los primeros intentos siguen las pautas que marco el *ALF* y son el *Atlas Linguistic de Catalunya* de Mons. Griera y el *Atlas Lingüístico de la Península Ibérica (ALPI)* del que únicamente se ha publicado un volumen en 1962 (García, 2011, p. 73).

En marzo del año 2009, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas decidió financiar las labores de elaboración y de edición de los materiales del ALPI, considerado un bien patrimonial, a través de un proyecto intramural (de referencia 200410E604) y que va a permitir a la comunidad científica cerrar este largo paréntesis (*ibid.*). Los atlas regionales españoles son el *Atlas Lingüístico y Etnográfico de Andalucía (ALEA)*; el *Atlas Lingüístico de las Islas Canarias (ALEICan)*, siendo casi una continuación del *ALEA*; el *Atlas Lingüístico y Etnográfico de Aragón, Navarra y Rioja (ALEANR)*, que es el más amplio; el *Atlas Lingüístico y Etnográfico de Santander (ALES)*; *Atlas Lingüístico y Etnográfico de Cantabria (ALECant)* y *Atlas Lingüístico y Etnográfico de Castilla y León (ALCyL)*. A estos atlas hay que sumar otro atlas de «pequeño dominio» que interesa al gallego, al leonés y al castellano, el *Atlas Lingüístico de El Bierzo (ALBI)*, y uno regional, totalmente castellano, el *Atlas Lingüístico y Etnográfico de Castilla-La Mancha (AleCMan)*, y el *Atlas de los Marineros Peninsulares*.

Una de las líneas de investigación más discutidas ha sido la estructural, pero parece firmemente zanjado el problema con las palabras de G. Salvador; «[...] un atlas no es

más que una colección de materiales para el estudio y cada cual les dará la utilización que estime más conveniente, sin que pueda descartarse la estructural». Los Atlas Lingüísticos vienen ordenados por niveles lingüísticos: léxico, morfología, fonología y sintaxis en su caso. Dentro de los atlas que cubren el aspecto léxico, la agrupación es temática, en un intento de presentar campos semánticos, favoreciendo así el hecho de que los materiales cartografiados pueden polarizarse fácilmente en sus estructuras al estudiarlos (Basanta, 1988). Siguiendo a Pilar García Moutón, (2011, p.74)

«estos atlas no parten de una concepción previa sobre límites lingüísticos y, aunque habitualmente se hable de *atlas regionales*, esta denominación no supone necesariamente que lo sean, simplemente es la habitual entre los geolingüistas europeos. El atlas de Andalucía sí es regional, aunque abarca un territorio que no se ajusta a límites lingüísticos, sino a límites administrativos...Excepcionalmente, y respondiendo a cierta lógica histórico-lingüística, el que iba a ser el Atlas de Aragón y acabó siéndolo de Aragón, Navarra y Rioja es el único atlas regional que incluye puntos de contraste aislados fuera de sus límites administrativos».

Fabián González Bachiller, publica en *Piedralén*, 1984, "El habla cerverana y el navarro-aragonés" (3, 22-23) y en 1985, "De léxico cerverano" (5, 24-27)

En el mismo año, 1984, T. Buesa Oliver, publica: "Afinidades entre las hablas alavesas, riojanas y navarro-aragonesas", en VV. AA. *La formación de Álava. Congreso de Estudios Históricos*, Vitoria, 1984, 129-165.

Claudio García Turza, publica en 1992: "El léxico de la flora de Matute (La Rioja)" (*Berceo*, 123, 1992, pp.9-29), circunscrito a dicho campo semántico y en el cual adelanta una lista completa de palabras que constituyen el resultado de un análisis en profundidad del léxico de la flora en Matute (La Rioja).

Dicho repertorio léxico, es presentado según dos criterios de organización: uno es el *léxico* y el otro el *ideológico*. Describe el autor, que ambos criterios, son indispensables para dar una visión completa y sistemática del campo semántico analizado. Seguidamente, el autor, describe la macroestructura y microestructura utilizada en la elaboración de este trabajo. A continuación, presenta el corpus del material recogido,

como hemos indicado anteriormente, bajo una ordenación alfabética y otra ideológica y descriptiva.

Igualmente, y en el mismo año, Fabián González Bachiller, publica: “Vocabulario del cáñamo y sus labores en Cervera del Río Alhama (La Rioja)” (*Berceo*, 122, 1992, pp.7-44), donde recoge el léxico relacionado con el cultivo del cáñamo y las labores artesanales, de fabricación de alpargatas, realizadas en Cervera del Río Alhama (La Rioja). Trabajos anteriores habían tocado de soslayo el tema (José Magaña, Gervasio Manrique, Cesáreo Goicoechea, Manuel Buesa y Vicente Elías), pero fue necesario realizar encuestas restringidas a individuos conocedores profundamente de estas actividades, para recoger su léxico específico y entresacar vivas palabras consideradas anticuadas o inusuales, o que ofrecen rasgos dialectales o regionales, muchas de ellas desconocidas en la localidad por los hablantes no versados en el tema. Se realizó el estudio etimológico, morfológico, semántico y el cotejo con las hablas regionales circundantes.

Igualmente, en 1992, Luis Verde Arteaga publica “Costumbres perdidas de San Vicente de la Sonsierra” (*Rioja 7 Días*) en el que relata curiosidades de su pueblo, incluyendo en sus páginas finales el léxico sonserrano.

En 1993, y con carácter general, se publica: “Caracterización dialectal de La Rioja” de R. María Castañer (*Actas de XIX Congreso Internacional de Lingüística y Filologías románicas*, La Coruña, 1993, 4. pp.35-56).

Un año más tarde, Aurora Martínez Ezquerro, publica: “El léxico de la flora en Alfaro (La Rioja)” (Logroño, IER,1994).

En 1995, se editan (Ayuntamiento de Autol) los *Díjulos y motes catones* de Víctor Ruiz Soldevilla. Se trata de una recopilación e interpretación del léxico de la villa de Autol, enclave de la Rioja Baja en pleno valle del río Cidacos, con unos usos y costumbres tradicionales, poniendo de manifiesto sus particularidades lingüísticas y adjuntando los motes típicos de dicha localidad. Veinticinco años más tarde, publica su segunda edición (*Diccionario catón*, 2019), momento en el cual realizamos una descripción más detallada de los mismos.

En 1997, Fabián González Bachiller, publica *Aspectos fonéticos de la toponimia riojana actual* (Logroño, Servicio de Publicaciones-Universidad de La Rioja). La conclusión principal de este trabajo de investigación, a juicio de su director, Claudio García Turza,

«resulta ponderada y certera. La toponimia de La Rioja es, también aquí, expresión de la coexistencia profundamente arraigada de tendencias lingüísticas distintas, pero inequívocamente autóctonas. La convivencia de elementos coincidentes con los del castellano viejo, el habla aragonesa, el navarro-aragonés, el propio eusquera y el mozárabe hacen de las hablas riojanas, junto a algún rasgo exclusivo de la región, una variedad del español esencialmente híbrida. En ello estriba precisamente su personalidad idiomática».

José María Pastor Blanco, publica en 2001, su trabajo *El habla de los valles riojanos de Canales, del Brieva y del Urbión* (Logroño, IER, 2001). En este libro, el autor nos transmite el estudio realizado en su tesis doctoral, en la cual, analiza de manera rigurosa la modalidad lingüística viva en un territorio meridional (la Comunidad de valles del Alto Najerilla) con un perfil singular de enorme interés dialectológico, a través de la cual el autor ahonda en las raíces de nuestro pasado remoto y pone de relieve cómo hasta el suelo riojano han llegado gentes de procedencia muy diversa a lo largo de los siglos que, tras asentarse, han fundido sobre un territorio común sus hábitos expresivos, conviviendo y manteniendo sus diferencias hasta hoy en un hibridismo admirable. A juicio de Claudio García Turza, director de esta tesis,

«Los resultados [...] tienen la virtud de suscitar la revisión crítica de otras cuestiones, también de entidad, sobre la personalidad lingüística de las hablas de La Rioja. Urge, por ejemplo, analizar el distinto alcance del concepto de *castellano* antes y después de la anexión definitiva de La Rioja al reino de Castilla o la separación excesivamente tajante de los rasgos lingüísticos propios de la Rioja Alta frente a los de la Rioja Baja».

En 2002, se publica *Hablar riojano. Comentarios sobre voces riojanas* de Fabián González Bachiller (Logroño, Radio Rioja-Caja Navarra) y este mismo autor, en 2003, publica un estudio sobre una palabra de origen vasco muy presente en la Rioja Baja: «Navarro y riojano *yasa*, vasco *jasa*: ¿paleoeuropeo *\*isa* / *\*aisa*? en *Fontes linguae vasconum studia et documenta*. (Año XXXV. N.º 94. Separata)

En 2004, José María Pastor Blanco publica su *Tesoro léxico de las hablas riojanas*, fruto de una considerable investigación dialectal iniciada en 1977, con el fin de recopilar el léxico característico de La Rioja.

Como él mismo relata en sus consideraciones preliminares, tiene en cuenta para su elaboración dos fuentes principales: a) fuentes lexicográficas ya conocidas, y b) testimonios dialectales inéditos. Entre las primeras, destaca, la incorporación de las consideradas como *riojanismos* por el Diccionario de la Real Academia en su 22<sup>a</sup> edición de 2001. Incluye igualmente la enorme información léxica que sobre las hablas riojanas ofrece el *Atlas lingüístico y etnográfico de Aragón, Navarra y Rioja (ALEANR)*, editado bajo la dirección del profesor M. Alvar. Igualmente incluye los vocabularios generales, corrigiendo algunos leves errores, como los trabajos compilatorios del padre Echevarría, de José Magaña y de Cesáreo Goicoechea, e igualmente incorpora los catálogos de formas usadas en áreas menos extensas y realizadas por dialectólogos con notable rigor y exactitud. También tiene en cuenta los diferentes repertorios de voces locales realizados por aficionados, revisando previamente la validez de sus formas. Finaliza diciendo, que el verdadero eje de su trabajo lo constituyen las fuentes documentales inéditas utilizadas, destacando entre ellas, las aportadas por el eminente folclorista y etnógrafo Javier Asensio García, recogidas en distintas localidades riojanas y fundamentalmente, las recopiladas por el autor, en una sistemática labor de exploración y búsqueda de información, por la práctica totalidad de localidades riojanas, durante trece años.

Pero el tesoro, siguiendo sus palabras, no es un diccionario acumulativo de todas las fuentes antes mencionadas, ya que previo a su incorporación, todas las palabras han sido sometidas a un intenso proceso de revisión, bajo los siguientes criterios: 1. Incorporar los vocablos y acepciones que no aparecen en el *DRAE* (22<sup>a</sup> ed., 2001). 2. Admitir las consignadas con una categoría gramatical diferente a la oficial y académica. 3. Incluir los riojanismos. 4. Aceptar las voces que el *DRAE* consigna con una marca diatópica de otras provincias, regiones o países, incluso de América. 5. Los etiquetados con marca temporal o de uso. 6. Los que el *DRAE* registra sin ninguna apreciación restrictiva o no están bien documentados y 7. acoger algunos términos singulares considerados como vulgarismos comunes utilizados en La Rioja, indicando que el habla riojana también presenta esas variaciones diastráticas.

Cada palabra procura consignarla con una grafía normalizada y continúa con la categoría gramatical de la acepción. Seguidamente da la definición de cada forma y en

cada una de ellas la obra donde se ha encontrado, así como en las localidades en las que se escucha. Ocasionalmente, y si lo cree oportuno para una mejor comprensión, reproduce testimonios dialectales inéditos. Las expresiones pluriverbales, se presentan al final del artículo, yendo en primer lugar la forma de entrada y las restantes ordenadas alfabéticamente. Y finalmente, refiere que ha intentado reagrupar todas las variantes fonéticas bajo una misma forma léxica. Está editado en Logroño por el IER.

En ese mismo año de 2004, aparece el *Diccionario de voces riojanas* de Aurora Martínez Ezquerro, editado en Logroño por Diario La Rioja. Diccionario, que según refiere la autora, es fruto de un minucioso y larguísimo trabajo, que incluso comenzó siendo niña. Posteriormente, y siguiendo la invitación ofrecida por el riojano Cesáreo Goicoechea en su *Vocabulario riojano*, se animó a establecer un diccionario general de nuestra lengua. En él, se ofrece la recopilación de toda la bibliografía del léxico riojano, además de aportar nuevos datos recogidos en su trabajo de campo, realizado durante varios años, seleccionando, refundiendo, retocando, aumentando, actualizando y mejorando el material de lexicografía riojana.

Se recogen en él, palabras desusadas y arcaizantes, voces de uso restringido localistas y otras de carácter más general, que en algunos casos son propias de nuestra región y otras que pueden abarcar zonas colindantes.

Justifica la génesis de su diccionario, en primer lugar por la necesidad de ofrecer a los riojanos su vocabulario elaborado con rigurosidad científica; su segunda razón para la elaboración del mismo, es el de ser testimonio de la profunda transformación que ha sufrido nuestra sociedad riojana, perdiéndose el tradicional modo de vida y por último proporcionar a los futuros investigadores un valioso conjunto de datos lingüísticos, para el estudio léxico, del que derivan interesantes aspectos fonéticos y morfosintácticos, que ponen de relieve peculiaridades propias de nuestra lengua, y para cualquier persona, nacida o no nacida en La Rioja, para aclarar el significado de términos utilizados en la región.

En su elaboración, cada artículo comprende su entrada en negrita, seguida de su categoría gramatical, definiciones numeradas, abreviaturas de los vocabularios de donde proceden y lugar geográfico, si se conoce. Se recogen las variantes formales y los sinónimos de un mismo vocablo, en la primera entrada alfabética y ésta remite a las siguientes. Si incluye algunas palabras en cursiva, para enriquecer la comprensión del término en cuestión.

A partir de este momento, aparecen varios diccionarios y estudios y recopilaciones léxicas con carácter localista, que vamos a enumerar de acuerdo con la fecha de publicación.

José María Pastor Blanco y Carlos Martínez Galarreta, publican en 2004, “El léxico característico de los valles del Cidacos y del Alhama” (*Kalakorrikos*, 9, 2004, pp.:129-157) cuyo objetivo es dar a conocer las voces más singulares y características de estos valles riojanos con enorme interés dialectal. Las encuestas comenzaron el año 1975, consiguiendo un vocabulario regional cercano a las siete mil entradas. Dicho corpus dialectal, ordenado alfabéticamente, se edita a modo de diccionario regional. La microestructura seguida en él es similar a la seguida en el *Tesoro léxico de las hablas riojanas*.

De similares características y del mismo año de publicación, se edita *El habla del valle del Jubera* por Pastor Blanco, J. M.<sup>a</sup>, González Sarasa, S., Lázaro Niso, R., Robres Medel, Ó. y Terroba Reinares, A.R. (Logroño, 2004).

De singular relevancia es *El léxico específico de Alberite*, de José Javier Mangado Martínez y Ana Ponce de León Elizondo, editado en Logroño por el IER, en 2007. Su objetivo consiste en reflejar y estudiar el habla viva actual en lo referente a su *léxico específico*, entendiéndose por tal al que caracteriza de manera especial a dicha localidad, no siendo común en el ámbito hispanohablante (al menos oficialmente). El término *específico*, no debe de entenderse como *exclusivo*, pero sí como no general.

La metodología seguida, durante cinco años, no ha sido la del clásico dialectólogo entrevistador, sino que, aprovechando la integración natural de A. Ponce de León, al ser natural de la localidad, han escuchado a las personas del pueblo, sin seguir un cuestionario fijo, sino de una forma espontánea, a veces guiada hacia ciertos temas, a personas de ambos sexos y dentro de su entorno natural. Todo lo que sospechábamos que no pertenecía al léxico general se consultaba en el *DRAE*, para acogerlo o desecharlo.

En cuanto a la técnica lexicográfica seguida, en lo referente a la macroestructura, se han acogido en este repertorio toda unidad léxica oída en dicha localidad que no figure en el *DRAE* o bien difiere en su acepción o en determinados aspectos formales. No se han incluido las variantes fonéticas y/o morfológicas, o vulgarismos, por no ofrecer novedad semántica, aunque sí registran esas variantes cuando alternan con una forma recta o fijada. Se incluyen voces de especificidad puramente fonética si constituyen

versiones de interés dialectológico. Si se usan diversas variantes fonéticas de una misma voz, se recogen el artículo encabezado por el lema más usual. Se excluyen las unidades léxicas pluriverbales, que se relacionan en un anexo.

Los lemas se ordenan alfabéticamente. En lo referente a la microestructura, el lema es seguido por la categoría gramatical y el sentido, en cursiva (si no se especifica el sentido, es el recto o normal). La definición, por ser el núcleo de cada entrada, va entrecorillado.

En ciertos verbos, se detalla la estructura sintáctica que conlleva y a veces nos ayudamos de ejemplos, que van en cursiva y la unidad léxica en redondita. Tras todos estos elementos, se procede al estudio de la palabra en cuestión precedido del signo /// y hacemos una explicación fonética o morfológica e incluso gramaticales. Seguido de la etimología y cotejo lexicográfico en los diccionarios riojanos generales y los de zonas aledañas. Si no se incluye el nombre del repertorio, es que no aparece en él.

El interés de este trabajo ha sido comentado con entusiasmo y agradecimiento por Claudio

García Turza en el *Prólogo* al mismo:

«*Tempus fugit*, y en el entretanto vamos viendo, impotentes, como enmohecen o se corroen grandes filones de nuestra cultura hecha palabra: con la muerte de nuestros mayores, para todos es obvio, se va también una parte importante de nuestras vivencias pasadas y, con ellas, los signos verbales que tan certeramente las representaron. Pero, como también lo observaba nuestro añorado y querido don Emilio Alarcos, “Hoy es aún: vibra la luz o larga o corta”. Aún hay tiempo. Así lo han entendido afortunadamente, Ana y Javier. Trabajos como el presente deberían multiplicarse. Este es el camino. La teoría ha de ir de la mano del objeto lingüístico que es preciso ordenar, clarificar y explicar en su esencia y en su funcionamiento. Pero sin un objeto de análisis adecuado la teoría se desajusta. Nos hacen falta monografías como ésta: sencillas, con un propósito científico bien delimitado, con una metodología que ilumina en la complejidad de los hechos; y profundas, donde muchas de las unidades léxicas estudiadas (cf., por ejemplo, las voces *aire*, *bueno*, *calderón*, *canso*, *chingar*, *cojón*, *enfurruñar*, *labor*, *leche*, *libranda*, *murrear*, *ñaco*, *ojo*, *pelifustiana*, *pocha*, *rebisalsero*, *tonto*, *vadejón*, *vuelta*, *zalabardo*, *zococho* y *zurrapio*) casi podrían constituir por sí solas auténticos artículos o notas de una



revista científica de prestigio. Sólo así, a partir de obras fundamentales como ésta, será hacedero, en suma, el estudio global y riguroso de los dialectos o de las modalidades lingüísticas».

En 2008, se publica *El léxico de Aguilar del Río Alhama e Inestrillas*, de José-Ángel Lalinde González, en Burgos (Monte Carmelo). En él, se recogen, ordenados alfabéticamente, buena parte de los vocablos que podrían considerarse como caracterizadores del habla de Aguilar, algunos exclusivos y otros comunes en la comarca del Alhama-Linares, del valle del Ebro e incluso de La Rioja, y que aquí adquieren un significado particular o son variantes de los universalmente admitidos. Muchas de ellas han perdido vigencia por el correr de los tiempos u actividades o modas que originaron la necesidad de su uso; otras, aunque de uso universal, aquí adquieren un significado particular. Los vocablos van acompañados de breves definiciones, con la acepción local, añadiéndose en algún caso una frase que contiene el lema para su mejor claridad.

Alfredo Montoya Repes, en 2009, publica *Toponimia, etimología y vocabulario de Santurde de Rioja*, en el que en sus páginas 42-105, recoge alfabéticamente «un grupo de palabras que son casi exclusivas del mismo, comprensibles para los que habitan en él y desconocidas para el resto de los pueblos del entorno».

Dichas palabras no suelen estar recogidas en los diccionarios generales de la lengua o tienen distintos significados o figuran con marcas diatópicas.

Muchas de las palabras recogidas están perdiendo su uso y significado por desaparecer las circunstancias en las que se utilizaban.

En 2010, José María Pastor Blanco, publica en Logroño (*Ediciones Emilianenses*) *El castellano hablado en La Rioja*, que en su primera parte realiza un detallado estudio introductorio sobre las claves que fundamentan a nuestro *dialecto riojano*, con numerosas notas filológicas y constantes referencias bibliográficas. La segunda parte, la forma el cuerpo central del mismo, con un corpus léxico, integrado por unas 24.000 formas vivas, no generales en el castellano común, específicas del hablar riojano, siguiendo los mismos criterios de estudio que en el *Tesoro Léxico de las hablas riojanas*. En su página final añade una adenda con treinta y una nuevas palabras.

Eduardo Aznar Martínez, publica en 2011, *El euskera en La Rioja. Primeros testimonios*. Pamplona, Pamiela.

Fabián González Bachiller, en 2015, publica en Logroño *El léxico característico de Cervera del Río Alhama* (IER) con el objetivo de recoger y estudiar el léxico que caracteriza a esta localidad riojana. Intenta recuperar lo que él denomina *léxico diferencial*, es decir el que no es común en el dominio hispánico y que por lo tanto no aparece en el *DRAE*, (o lo hace con otras acepciones o usos, o bien con marca de regionalismo). Se han contrastado, igualmente, las voces en el *Diccionario del español actual* (Manuel Seco, Olimpia Andrés y Gabino Ramos, 1999), citado como *DEA* y el *Diccionario de uso del español*, de María Moliner, citado como *DUE*, segunda edición, 1998. Comenzó la recogida del material lexicográfico, siendo estudiante de Filología Románica, por la década de los setenta. Diez años más tarde, empezó a utilizar encuestas dialectales similares a las utilizadas para la elaboración del *ALEANR*, entre vecinos de Cervera, de diversos oficios.

En cuanto a la macroestructura, como hemos mencionado, no incluye voces recogidas en el *DRAE* (2014, 23 edición), *DUE* ni *DEA*. Tampoco incluye las meras variantes de pronunciación debidas a tendencias generalizadas en la localidad y que pueden responder a usos vulgares muy extendidos en el habla popular española. Indica la dificultad en la lematización en cuanto a la elección del lema bajo el cual se incluyen y especialmente en las voces con presencia del prefijo *des-* el cual tiende a perder la consonante inicial, con lo que confluye con el prefijo *es-*, incluyéndolos con el prefijo indicado inicialmente. La inclusión de expresiones pluriverbales, alrededor de unas sesenta, se incluyen por la palabra «fuerte gramaticalmente», siguiendo las observaciones de González Aguilar (2007).

En cuanto a la microestructura, aparece en primer lugar el lema de entrada, siguiendo en la misma línea la categoría gramatical, con el mismo criterio que el *DRAE* y seguidamente la definición de la voz, utilizando la definición mixta, con el sinónimo estándar (si lo hay) en cursiva, seguido de la definición propuesta por el *DRAE* entre comillas dobles y si la voz estudiada no tiene un equivalente cercano se ofrece una definición descriptiva o perifrástica, entre comillas simples. Este primer apartado se completa, si fuera preciso, con un ejemplo de uso, procurando respetar la pronunciación del interlocutor. Seguidamente, en un segundo apartado se realiza el comentario dialectal y el cotejo bibliográfico con autores riojanos y de las zonas limítrofes. Se cierra el estudio de la voz con la explicación etimológica y de formación léxica o semántica, acudiendo al *DCECH* u otras fuentes.

En 2018, se edita el *Vocabulario o glosario de términos y voces que conforman la expresión y el lenguaje de hombres y mujeres de la villa de Sorzano* por Gregorio Remírez Aranzadi en los Talleres Gráficos Pisamar (Logroño).

Refiere este *maestro*, que desde que llegó, hace más de 50 años a la villa de Sorzano, quedó gratamente sorprendido al escuchar a sus vecinos expresarse en un correcto castellano y que cuando oía palabras «propias de su habla» y cuyo significado no llegaba a comprender, se dedicó a anotarlas. Después de estudiar e investigar este singular vocabulario, observó que casi todas eran palabras correctas: unas procedían del latín -padre del castellano-; otras aparecen en el castellano medieval; otras figuran en el *DLE* como palabras arcaicas, ya en desuso; otras olvidadas completamente en España y que en algún texto literario se etiquetan como latinoamericanas y finalmente, algunas, son mero fruto de la sabiduría popular. Finaliza diciendo que estas palabras no son exclusivas de Sorzano, y son conocidas y usadas en los pueblos de alrededor.

Víctor Ruiz Soldevilla, que en 1995 publicó los *Díjulos y motes catones*, publica ahora su segunda edición (2019) bajo el título de *Diccionario catón*, editado igualmente por el ayuntamiento de Autol y en que según el autor contiene

«los díjulos, dicharachos, pampiro-ladas, abogaciones, catonadas y otros estilos oratorios utilizados de común por los denominados catones, las gentes naturales de Autol (la Catonia indómita), para uso en la península, islas y antiguas posesiones de ultramar, para gloria de propios y asombro de extraños. Así mismo contiene algunos apuntes etnográficos de usos y costumbres, antaño habituales y hoy desaparecidas, para que las nuevas generaciones las conozcan y guarden en su memoria».

Los vocabularios y trabajos que se han citado constituyen la colección de publicaciones de quienes se han ocupado de dar a conocer el habla de las distintas regiones de La Rioja. Mencionaremos igualmente, otros trabajos que, aunque se refieran a provincias limítrofes, conviene conocer por tratarse de zonas lindantes con la actual comunidad autónoma de La Rioja, puesto que, por razones históricas, geográficas y de vecindad están más o menos influenciadas sus respectivas voces, y por eso repiten buen número de ellas.

La primera de las publicaciones aludidas es de Federico Baráibar y Zumárraga, que en 1903 publica *Vocabulario de palabras usadas en Álava y no incluidas en el DRAE*,

siendo pionero de esta clase de temas en las provincias del Norte. La colección está presentada con buen criterio y añade muchas referencias en cada voz.

Otra de las aportaciones sobre el léxico alavés es la que recoge Gerardo López de Guereñu, *Voces alavesas* publicado por la Academia de la Lengua Vasca. Bilbao, 1958. En su preámbulo alude, a propósito del libro de Baráibar, que repite voces de dicho autor, justificándose con estas palabras: «Todos hemos espigado los mismos rastrojos», y agrega que las ha incluido por corresponder a ciertas zonas o para demostrar su continuidad en el habla popular.

Fernando González Ollé publica en 1964 un extenso vocabulario, *El habla de la Bureba. Introducción al castellano actual de Burgos* (Madrid, RFE, anejo 78), realizando un profundo estudio del habla de la comarca de la Bureba, región limítrofe de toda la zona noroeste de La Rioja y que por su cercanía tiene muchas voces comunes. Ya en su introducción, en la que refiere que su trabajo es para contribuir al estudio del uso vivo de la lengua española en la región que «le sirvió de cuna», repitiendo de nuevo esta misma frase en su p. 13, recalcando este importante hecho histórico.

Apoyándose en las palabras de Madame D'Aulnoy, refiere: «Burgos, cuyos habitantes hablan el castellano más correctamente que las otras poblaciones españolas». Señala igualmente que en Burgos, se han realizado menos estudios lingüísticos que en otras regiones en las que subsiste un verdadero dialecto (Asturias, Pirineos) o por lo menos, restos característicos de uno antiguo (leonés, aragonés o riojano) y que afloran sobre la lengua oficial. Algunos de dichos estudios consideran al habla de Burgos con rasgos de castellano vulgar, concepto más de acuerdo con criterios sociales o culturales que geográficos.

Trabajos dignos de mención por su relación con nuestro vocabulario, pero ya fuera de nuestra delimitación geográfica en que hemos delimitado nuestro estudio, pero que dada la escasa distancia de las poblaciones implicadas en los trabajos, queremos resaltarlos siguientes ejemplos:

María Nieves Sánchez González, en 1977, publica su estudio sobre “El habla de La Rioja Alavesa”, con la intención de profundizar en el habla de esta comarca y resaltar sus relaciones con las zonas vecinas (*Boletín de la Institución Sancho el Sabio*, XXI, 1977, 145-231). Se basa fundamentalmente, en los materiales recogidos en el ALEANR, resaltando los datos tomados en las poblaciones alavesas de Labastida y Laguardia. Su estudio es lingüístico con aspectos fonéticos, morfosintácticos y principalmente léxicos.

Sara Martínez-Lagos Gallego, publica en 2007, “La lengua viva de Oyón a través de sus útiles tradicionales”. *Interlingüística*, ISSN 1134-8941, n.º 17, 2007, pp. 718-726.

En línea. Disponible en:<<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2317653.pdf>>

En 2018, Pablo Antoñana Chasco, publica en *Cuadernos de Etnología y Etnografía de Navarra (CEEN)*, (92, 2018, 369-394) el “Léxico popular de Viana”.

La lista de trabajos similares se haría en la actualidad casi interminable y escapa a nuestro estudio.

Antes de finalizar este resumido «estado de la cuestión» referente el léxico vulgar en La Rioja, quiero resaltar el trabajo realizado por un compañero de profesión, Antonio Díaz Pérez, fallecido prematuramente, y financiado por el Instituto de Estudios Riojanos, “Estudio del léxico popular riojano referido al cuerpo humano”, dirigido por el Prof. Dr. D. José M.<sup>a</sup>. Pastor Blanco, en el año 2005.

Su estudio se basa en los datos lingüísticos recogidos sobre el cuerpo humano en los mapas y láminas de los tomos VII y VIII del *ALEANR*.

Tras su recogida, estudia su difusión y vitalidad de las voces, la posible documentación histórica, así como su etimología, resaltando la gran riqueza léxica de esta tierra, encontrando voces que solamente se escuchan en La Rioja.



# Capítulo



El léxico médico





## 5.1. EL LÉXICO MÉDICO

### 5.1.1. CARACTERÍSTICAS

El lenguaje médico, como todo lenguaje científico, debe caracterizarse por su precisión y rigor, es decir, debe tener claramente definido el significado y connotación de todos los signos y palabras que utiliza para evitar cualquier confusión y lograr una comunicación universal (Aleixandre Benavent, 2001, p.144).

Según Bertha M. Gutiérrez (1998, pp.87-88), las terminologías científicas y técnicas, a pesar de tener términos comunes, poseen una especificidad propia para cada una de sus ramas. Terminologías que han seguido trayectorias diferentes, parejas a la historia y raigambre de la ciencia a la cual pertenece. Muchas de ellas son de reciente formación, pero otras como la terminología médica, cuentan con una tradición de más de veinticinco siglos, con un elevado número de términos, de entre cuarenta a cien mil diferentes lemas, incluidos en los diferentes diccionarios médicos especializados (*ibid.*, p. 88). Muchos de ellos, pertenecen al exclusivo uso científico, y otros que en mayor o menor grado han llegado a penetrar al lenguaje común, hasta convertirse en vocablos corrientes.

Los términos técnicos deben de procurar poseer unas características para ser catalogados como tales:

- en primer lugar y bajo una triple óptica, debe de relacionarse el nombre, el concepto y el objeto. Del equilibrio entre ellos dependen las propiedades o características de dicho término científico.

- en segundo lugar, deben de poseer precisión, sin ambigüedad; no debe de estar condicionado por el contexto, ni por quien habla o escucha (*ibid.*, p. 89), ateniéndose a que el acto comunicativo que se realiza entre dos especialistas de una materia, debiendo de tener una función informativa o primariamente descriptiva. (*ibid.*, p. 90). El término debiera de ser *unívoco* o *monosémico*, a diferencia con el lenguaje común, mucho más tendente a la *polisemia* (*DLE*: ‘pluralidad de significados de una expresión lingüística’). Igualmente, deberían de evitar valores afectivos, personales o subjetivos, a pesar de que, en el ámbito de la medicina, es más difícil separarlo de connotaciones afectivas (*ibid.*, pp. 90-93). Deberían de ser estables a lo largo del tiempo, a pesar de que los avances que experimenta la ciencia obligan frecuentemente a su readaptación (*ibid.*, p. 13).

Si todos estos condicionantes se cumplieran, la comunicación científica llegaría a ser precisa y rigurosa.

Pero frecuentemente aparecen los *sinónimos*, a veces ya presentes desde la formación del nuevo vocablo, y esto debido, p.ej., a que al recurrir a sus formantes, y en dependencia de que sus raíces, prefijos o sufijos, proceden del griego, del latín o de otras lenguas clásicas como el árabe.

En otras ocasiones, esta sinonimia, procede de los errores de traducción de textos, como los denominados *falsos amigos*, provocados bien por el desconocimiento de los investigadores e incluso por el desprecio hacia una lengua de algunos traductores o bien de la procedencia de diversas *escuelas*, que se empeñan en designar los mismos conceptos con diferentes nombres.

A veces coexisten términos obsoletos con nuevos y estandarizados vocablos. La polisemia y la homonimia (*DLE*: ‘persona o cosa, que tienen el mismo nombre’) complican igualmente la comunicación. Esta dificultad de comprensión se agrava cuando la comunicación se realiza entre personas de distinto nivel cultural, o trata de ocultarse la realidad, como en ocasiones sucede al intentar encubrir la gravedad de un proceso (*ibid.*, p. 101).

Y lo que es de mayor interés en una investigación como la presente, históricamente, como es bien conocido, los aludidos vocablos técnicos, usuales en el ámbito médico, consiguen con el paso del tiempo transformarse en términos más o menos vulgares y corrientes, propios del lenguaje común. Se da así una convivencia del mayor interés lingüístico entre los cultismos médicos y sus descendientes populares.

En este sentido, me parece muy relevante el papel que jugó La Rioja, concretamente, el escritorio de San Millán de la Cogolla, donde se copiaron en los siglos X y XI enciclopedias que contenían glosarios con entradas léxicas específicamente médicas y formalmente bastante romanceadas. El profesor Claudio García Turza ha registrado y analizado varias de ellas en dos de los códices emilianenses altomedievales. Estos son algunos de los resultados de que presenta dicho investigador:

« I, En el Em 46:

- bilesio passus amaritudine, 19r 33. *Deest* Goetz y *TLL*; Isidoro, *bilius* triste, hipocondríaco.

- ramigosus erniosus, 130r 4. Marcelo Empirico, *ramicosus* herniado; cfr. *ramiga*, 4.22, s. v.

- *rennuculi duo paria siue testiculi* 132v 47. *Deest* Goetz; Marcelo Empírico, *reniculi* (dimin. pl. de RENES riñones, espalda, ijares, fig. sentimientos íntimos).

- *reuma reuolutjo gurgitis* 134r 50. Jerónimo, *rheuma* fluxión, catarro.

- *semiuibam adhuc modicum uibentem, pallidum uel morte proximum* 140v 41.

- *aminagdalinas* (AMYGDALINA+AMANDULA) 9v 22; *amigdalinas* BNP 1296, 7v.

- *duribuctjus (barba sterili duribuctjus* 17v 56). En el *CGL* se halla *duribuccius* que tiene la boca dura (acep. de los diccionarios al uso; en rigor, el que tiene el bozo, o vello de los labios, duro) IV 406, 48; 590, 33, etc. y *atribux senex atris buccis* IV 22, 37. La variante de nuestro cód., *-buctjus* [buxo]< BUCCIU, junto con las atestiguadas en los demás glosarios, contribuye decisivamente a resolver la etimología de *bozo*, *buzo* (en la Edad Media, con  $\zeta$  sorda). En efecto, la forma \*BUCCEUM, propuesta por *DCECH*, s. v. *bozo*, como el étimo más verosímil de esta palabra, pierde definitivamente su carácter hipotético y priva, en consecuencia, de fundamento a la otra hipótesis, también formulada por Corominas-Pascual, de un derivado secundario del antiguo *embozar* (<\*IMBUCCIARE).

- *Ítranea (fibra Íterio uentris, Ítranea* 63v 22). Goetz, *interanea (fibra interiora uentris, interanea)*; comp. *Íteranea (exta Íntestina, precordia uel Íteranea hostiarum* 59v 17, y *uiscera Í<n>teranea* 59v 22 -BNP 1296, 72r, *intranea*, con una *e* sobrevolada-). Para *DCECH*, s. v. *entraña*, la forma *entraína*, que hallamos en la *GlSil.* 239, constituye la primera documentación de un heredero romance del neutro colectivo, de la época imperial (Plinio, Columela, etc.), INTERANEA. Su grafía equivale a *entraña*, que ya figura así en Berceo (por ej.: *SDom.* 248d).

- *mensare sepius mingere* 100v 49. Este verbo, que no se incluye en los diccionarios latinos, se halla en el *CGL* de Goetz con la variante *minsare* y, de acuerdo con nuestra interpretación, como frecuentativo de *mingere* (> *mingere* >minsare frequentatiuum V 572, 66). Parece resultado de un cruce entre el lat. vulg. MEJARE mear, orinar (bien conocido desde el S. IV por los gramáticos Diomedes, Pelagonio, Prisciano, pseudo-Plinio, etc.) y MINGERE íd. (variante latina cuyos únicos herederos hispánicos son los cultismos *mingitorio* y *micción*). En el glosario de El Escorial

editado y estudiado por A. Castro figura la formación *misatorium* terrazo donde mean, E 1452, que este autor interpreta como fusión de *mingere* + *pissare*<sup>46</sup>.

- psillos medicos 125v 53. Goetz: *phisillos* leceas V 378, 28 (y añade: *physicos* medicos). Ésta, al parecer, inhábil grafía de *pisillos* (o *phisillos*; cfr. 4.7.18) nos recuerda la acentuación llana de *hesíca* medicina (< PHYS/CA), documentada en Lucas Fernández (ed. Acad., 101; apud Castro, *Glosarios*, XXXIII, n. 2) en rima con *borrica*. En la Edad Media (S. XIII-XV principalmente), el término usual para denominar al médico, el que profesa la medicina era *físico* (*fisigo* o *fixigo*, junto a las formas tomadas del catalán *mege*, *metge*, *menge*, etc.). En lat., PHYSICUS, I naturalista (< gr. φυσικός relativo a la naturaleza; no está atestiguada la variante PHYSILLUS ) y MÆDICUS, I médico.

- ramiga ernia 130r 5. Goetz: *ramix* hernia. Comp. con el artículo que la precede, *ramigosus* erniosus 130r 4. En lat., RAMEX, ICIS significa: 1) rama larga, pértiga 2) bastón 3) pl. pulmón y 4) hernia (la variante RAMICES figura en el gramático Nonio Marcelo, del S. IV), y RAMICOSUS, herniado (en Marcelo Empírico, médico de Burdeos del S. IV). Obsérvese que la primera documentación de la voz romance *hernia* (< lat. HERNIA íd.) data de 1581, J. Frago. Este tratadista [notan Corominas y Pascual, *DCECH*, s. v.] se apresura a añadir “acerca de nosotros se dice *potra*, reconociendo así que era palabra poco usual. Falta en C. de las Casas, Oudin, Covarr., Franciosini; Oudin traduce el fr. *hergne* por *rotura*, *quebradura*, *potra*; *Aut.*, fundándose en la identificación que Frago hace con *potra*, dice que es sólo la hernia escrotal, restricción rectificada en parte por *Terr.* y totalmente por la Acad. (ya 1843). Pero la palabra *potra*, que además de hernia ha designado varias clases de tumores y ampollas, se atestigua por primera vez en los glosarios del Escorial y de Toledo (h. 1400) traduciendo el latín *hernia*; si bien el adjetivo *potroso* aparece ya en *Calila e Digna*, a. 1251. Ante todos estos datos sobre unos términos tan populares, la voz *ramiga* adquiere, por su forma y antigüedad, un especial interés.

II. En el Em 31 (Los *hermeneumata medicobotanica vetustiora*):

El Em 31 incluye asimismo muchas glosas pertenecientes a la familia de los *hermeneumata medicobotanica vetustiora*. Se trata de artículos de contenido análogo al

<sup>46</sup> A. Castro, *Glosarios latino-españoles*, LI y 250.

que presentan, sobre todo, algunos de los códices del Vaticano y de Montecasino (como el Vat. *Reginae Christinae* 1260, el Vat. 4417 o el Cassin. 69).

Pero también en este campo semántico el Em 31 se muestra con frecuencia muy original. Por ejemplo, no se hallan en ninguno de los repertorios léxicos conocidos muchísimos artículos, frecuentemente de notable interés filológico, como los siguientes: *bressica flore de caule* 6v 3, 50; *diaperganos ruta* 14v 2, 35; *ediosmos menta* 17r 2, 32; *erba soldaturia ouo gallinacio* 20v 1, 23; *fillo filio* 31r 3, 68; *fliu casca uel cortex* 31v 3, 78; *fliu cappareos, cortice de cap* 31v 3, 80; *fraga florum uel cibi genus, Id est, poma agrestia rubicundi, culus erbe terre aderent et dicuntur chamegila uel morotam* 33r 2; *Iusquiamo gigam quod alia simphoniacum uel caulicarem uocant uel billinium album que est millimindrum* 48v 2, 46; *leontopodium pede leonis* 52v 1, 11; *lentopodium gudubal uel sarre* 52v 1, 5; *mala nixa, ciriola, prunas* 57r 1; *meconos malore semen pepaueris que et ceriales est, enim genus erbe seminis minute* 58v 1, 13; *melo timino mel de apes, que tumo pascuntur* 59r 1, 17; *melilotum Id est, meleca* 59r 1, 25; *micumta sparaco siluatico*.60r 3, 66; *nardos Id est, nardum* 64r 3, 48; *nimpea Id est, platano quod In aqua nascitur* 66v 2, 26; *oscense erba alba minuta qui fleuma ponet* 74v 2, 33; *pionia asta rubia, hoc est, rosa asinina* 82r 3, 46; *pitis pino, Iuniperi* 82v 3, 54; *retines resina de pino* 95v 1, 22; *sagapem odorem habet et saporem balsami* 97v 1, 15; *sicium Id est, notitja alba* 103v 3, 58; etc., etc.

En realidad, casi nunca coincide la redacción de los artículos del Em 31 con la que ofrecen los numerosos códices médico-botánicos consultados (Cass. 69, Vat. 1260, Bern. 337, Vat. 4417, Parisinvs *Lat.* 11218, etc.). Muy frecuentemente, el ms. emilianense aporta datos exclusivos, de mayor o menor entidad textual. Ejemplos: *bidellio aqua colliguntur, Id est, uiscas que nascuntur In olimo que faciunt uulnera In corpore* 5v 2, 43/ *bidellu id est aqua que colligitur de uessicas que nascitur in ulmo qui faciunt ad uulnera in corpore* CGL III 536, 44; *botracion herua est, Id est, appio rustico siue erua sceleratica uel Imbelicum Iobis* 6v 1, 25 / *butracion idest appio rustico uel scelerata* CGL III 617, 46; *diacamena resina non frixa* 14v 2, 36 / *Diacamen risina non frixa* CGL III 538, 31; *fu erba benedicta; alii erua ualeriana uocant* 35r 3, 56 / *fu idest ualeriana uel erba benedicta* CGL III 612, 8; *gagata centaurea minore qui florem habet rubeum; centaurea maior florem habet persicco et minuto; hanc erbam de caput dicunt* 36v 1, 5 / *gagada idest centuruleaminor* CGL III 539, 32; *libanotis rosmarino, quod alii cimbri dicunt* 53v 1, 24 / *Libanotides idest iusmarino* CGL III 540, 22; etc., etc.

Puede, incluso, comprobarse que en el presente glosario se halla un buen número de entradas de simples medicinales de diferente origen, muchos términos de terapéutica o patología, etc., que ni siquiera se recogen en las diferentes versiones bajomedievales del *Álphita*, el gran glosario médico-botánico que surge en el ambiente científico salernitano de los siglos XII y XIII<sup>47</sup>. He aquí, a modo de ejemplo, estos dos interesantes artículos del Em 31: morriodas *moroidas, purgatjo uiribus per meatum* (62v 1) y bibino *menstruo, Id est, fluorem sanguinis* (5v 2, 23).

Como es habitual en la técnica del compilador, esta clase de contenido se incluye, así mismo, en el Em 31 formando bloques como los que siguen:

- erua delfinion *quem rustici calciusis dicunt* 20v 1, 17; erba dentaria *stercus columbinum* 20v 1, 18; erba rustice *rustica, siluatica* 20v 1, 19; erba berbena *lingua bobis* 20v 1, 20; erua pollostricon 1, 23.

- pisexera *pice dura* 82v 3, 40; pistrix *belua marina* 82v 3, 41; pis ecia *pice liquida* 82v 3, 42; pisilios *pulicaria* 82v 3, 43; pisinnimitja *cerusia* 82v 3, 44; pissa *pice* 82v 3, 45.

- sinphoniaca *caligraria uerba* 104r 1, 5; singulfor *lauer siue rcrione* 104r 1, 6; sinfitum *ala galligum* 104r 1, 7; sina tauce *conceptjo* 104r 1, 8; sinonus *Id est, mea* 104r 1, 9; sinopida *lubrica* 104r 1, 10.

- *menstruo* (bibino *menstruo, Id est, fluorem sanguinis*, Em 31, 5v 2, 23).

CGL V 51, 1 (*Plac.*) y LGL, 44v 2. CGL III 603, 10 *menstrua purgatio mulierum*. He aquí la interpretación de G. Goetz (CGL VI, s. v. *bubino*): «(bibino *codd.*) *menstruo*, id est fluore[m] sanguinis (*ubi fluore Deuerling e suis libris: fluuiu sanguinis R*) *inquino* (*inquino addidi: id est del. Loewe Prodr. 314; id est sanguinis del. Baehrens Ien. Litteraturz. 1877 p.156*)», es decir, «yo *menstruo*, esto es, mancho [*inquino*, añadido] con el derrame de la sangre». Así pues, el valor que concede Goetz a la forma *menstruo* es el de un presente de indicativo. Ahora bien, como bien advierte en dos entradas léxicas Forcellini (s. v. *menstruans* y *menstruatus*), *menstruo* es un verbo «inusitatum»; de hecho, Du Cange sólo documenta una vez *menstruare* y con el significado de *diminuere* (exactamente en *Benedicti Chronicon*, cap. 39). A mi juicio, la ausencia general de una equivalencia verbal de *menstruo* (como *inquino* u otra análoga), unida a la presencia exclusiva de un sintagma nominal (*fluorem sanguinis*) en la

<sup>47</sup> Puede consultarse la tesis doctoral de Alejandro García González, titulada *El Alphita. Estudio, edición crítica y comentario*, Valladolid, 2005.

definición del artículo, aconseja pensar que para el lexicógrafo que compuso el glosario transmitido por el Em 31 (así como para el del *LGI* o el del glosario de Plácido) *menstruo* es un sustantivo (lat. MENSTRUUM) y no un verbo. Nótese a este respecto la información que aporta *DCECH*, s. v. *mes*: «*Menstruo* [APal. 45b; “yerva que...mueve a las mugeres el *menstruo* o camisa”, 139d; como adj., en J. de Mena (Lida)], de *menstruum* (por lo común en pl., *menstrua*) íd., neutro del adj. *menstruus*, -a, -um, mensual».

- *moroidas, morriodas* (*morriodas moroidas, purgatjo uiribus per meatum*, Em 31, 62v 1, 2).

Comp. *CGL* III 600, 4, *emoruidas eruptio sanguis circa anum siml circa mulierum causas euenire solet* (ibíd., VI, pág. 511, «Haemor<rh>uidas:...anum, similiter circa mulierum...»); ibíd., 17 *emoroí manatio sanguinis deuena cum acutissimo fluxu sanguinis* (ibíd., VI, pág. 511, «Haemor<rh>oiae:...de uena...»). Lat. HAEMORRHOIA flujo sanguíneo; HAEMORRHOIS -IDIS hemorroide, almorraña.

## 5.1.2. CONSTRUCCIÓN DEL LÉXICO MÉDICO

### 5.1.2.1. Fundamento

La base del vocabulario médico occidental está construida, en su mayor parte, gracias a los trabajos de Constantino el Africano

«en su esfuerzo de dar a conocer la medicina greco-árabe en Occidente, traduciendo grandes compendios médicos árabes como el *Pantegni* de Ali Abbas y el *Viaticum* de Al-Gazzar, que representan esa etapa de introducción del galenismo arabizado en occidente, además de numerosos tratados monográficos de diversos autores» (Montero Cartelle, 2016, pp. 119-129).

La labor traductora y lingüística de Constantino el Africano en la abadía de Montecasino se vio reforzada por la colaboración de dos grandes figuras. Una fue Desiderio, abad de Montecasino (1058-1086), mecenas y animador de sus trabajos (futuro Papa con el nombre de Víctor III) y la otra, Alfano, monje también en Montecasino y que llegó a ser arzobispo de Salerno (1058-1085) (*ibid.*, p.120).

Constantino el Africano utilizó ampliamente el escaso material léxico que la medicina de la Antigüedad y de la Alta Edad Media le proporcionó, así como la «terminología fisiológica» procedente de la traducción realizada por Alfano de Nemesio de Emesa, con la que desarrolló una terminología latina en un alto porcentaje.

Continuando el camino de Alfano, puso las bases de una lengua médica orientada al «latín literario» de su época, no sobre la lengua hablada, buscando mecanismos de expresión, sobre todo de la formulación abstracta. Dicho léxico médico luego fue normalizado y enriquecido en la Escuela de Salerno y constituyó la base del vocabulario médico occidental.

Constantino utiliza términos comunes como *cooperimentum*, *profunditas*, *emunctorium* o *contextio*. Además, innova empleando abstractos verbales con valor técnico por usos metafóricos o metonímicos tipo *perforatio*, *rugatio* o *colligantia*.

También son de su agrado los sustantivos en *-tas* como *concauitas*, *acetositas* o *gibbositas*. Asimismo, presenta innovaciones en *-osus* como *glandosus* o *apostemosus* frente al tradicional *apostematicus*, etc. Introduce algunos neologismos de abstractos de cualidad en *-tas*, como *acetositas*, *pinguositas*, *ponticitas*, *gulositas*. Lo mismo sucede con adjetivos en *-ivus*, como *attractivus*, *immutativus*, *mutativus*, *repletivus*, *expulsivus*, *contentivus* o *nutritivus*.

Constantino incorporó algunos arabismos mediante simple transcripción y tiene otros muchos que presuponen un intermediario árabe, como *meri* (esófago), *sifac* (peritoneo), *nuca* (médula espinal) o *zirbus* (epiplon, redaño).

En farmacopea la aportación árabe fue amplia y se difundieron gracias a Constantino términos como *bedegar* (zarzamora o rosa silvestre), *been* (ben), *carvi* (alcaravea), *sambacus* (jasmín), *sebestén* (sebestén), *turbith* (turbit), *penith* (alfeñique), *sumach* (zumaque), *camphora* (alcanfor), etc., que en algunos casos han perdurado (*ibid.*, p.121).

A primera vista, la terminología médica puede parecer una especie de jerga extraña. Pero, en la mayoría de los casos, la clave para comprender los términos médicos consiste en analizar sus componentes (prefijos, raíces y sufijos). «En el lenguaje de las ciencias de la salud son frecuentes los neologismos formados con prefijos y sufijos de origen griego *acro*, *dis*, *mega*, *meta*, *para*, *poli*, *algia*, *fagia*, *genia*, *megalia*, *patía*, etc., y los latinos *pre*, *retro*, *infra*, *extra*, *sub*, *aje*, *ancia*, *ura*, etc.» (Aleixandre Benavent, 2001, p.145).



Una vez sentadas las bases del léxico médico, y adjuntando prefijos y/o sufijos al lema que designa a un órgano o tejido, se van formando todos los términos empleados en medicina.

### 5.1.2.2. *Raíces*

Siguiendo las pautas del *Manual MSD*, en su apartado «Comprensión de términos médicos», en lo referente a la especialidad de urología, los lemas o raíces más comunes son estos:

- aden/o- = glándula (ej: adenoma de próstata)
- angio- = vasos sanguíneos (ej: angioma renal, peneano o escrotal)
- colo- = colon (ej: dolor cólico)
- colpo- = vagina (ej: colpo-perineorrafia anterior)
- cisto- = vejiga (ej: cistocele, cistitis)
- dermo- = piel (ej: dermatitis)
- histero- = útero (ej: histerectomía)
- laparo- = cavidad peritoneal (ej: laparoscopia, laparotomía)
- linf/o- = tejido linfático (ej: linfedema escrotal)
- lip/o- = grasa (ej: lipoma escrotal)
- nefro/rene- = riñón (ej: cólico nefrítico, monorroño)
- orqui- = testículo (ej: orquitis, criptorquidia)

### 5.1.2.3. *Sufijos para procedimientos*

- centesis = punción quirúrgica (ej: piocentes)
- ectomía = extirpación quirúrgica (ej: nefrectomía, orquiectomía, prostatectomía)
- scopia = exploración visual (ej: cistoscopia, ureteroscopia)
- ostomía = creación de una nueva abertura (ej: cistostomía, nefrostomía)
- otomía = incisión quirúrgica (ej: meatotomía, endopielotomía)
- pexia = fijación quirúrgica (ej: orquidopexia, nefropexia)
- plastia = moldear o dar forma (ej: pieloplastia, frenuloplastia)
- rrafia = reparación o refuerzo quirúrgico (ej: herniorrafia, fistulorrafia)
- grafía o -grafo = registro de una imagen (ej: urografía, cistografía)
- grama = la propia imagen en sí (ej: urograma)

#### **5.1.2.4. Sufijos para condiciones médicas**

- algia, algesia = dolor (ej: cistalgia, analgesia)
- asthenia = debilidad, pérdida de fuerza (ej: astenospermia)
- itis = inflamación (ej: balanitis, cistitis, orquitis, nefritis)
- logía = parte de la ciencia que estudia algo (ej: urología, andrología)
- megalia = aumentado (ej: nefromegalia)
- osis = condición anormal (ej: hidronefrosis, pionefrosis)
- scopio = instrumento de visualización (ej: cistoscopio)
- trofia = desarrollo (ej: atrofia renal, atrofia testicular, hipertrofia prostática)

#### **5.1.2.5. Prefijos más usuales**

- a/an- = sin, ninguno (ej: anorquía, anéfrico)
- carcin/o- = maligno (ej: carcinoma renal, carcinógeno)
- endo- = dentro, adentro de (ej: endourología)
- macro- = grande (ej: macrovejiga, macropene)
- mega- = aumentado (ej: megauréter)
- micro- = pequeño (ej: micropene, microcirugía)
- peri- = alrededor (ej: absceso perirenal, perinefritis)
- circum/n- = alrededor (ej: circuncisión)
- retro- = detrás, atrás de (ej: retroperitoneal)
- epi- = sobre, encima (ej: epidídimo)
- trans- = a través de (ej: transuretral, transvesical)
- intra- = dentro (ej: intravesical, intrarrenal)
- sub- = por debajo (ej: glándula subcervical, submucoso)
- leuc/o- = blanco (ej: leucoplasia de glande)
- cian/o- = azul (ej: testículo cianótico)
- xant/o- = amarillo (ej: xantogranuloma juvenil)

En la Edad Media y hasta el siglo XIX, el lenguaje utilizado por los médicos era básicamente el latín, por lo que se estima que el porcentaje de palabras de procedencia

latina es de un 73% y el 27% restante de otras lenguas diferentes al latín (Aleixandre Benavent, 2001, p.144).

#### 5.1.2.6. *Préstamos*

En cuanto a los no derivados del latín, el castellano ha ido acumulando a lo largo de siglos numerosos términos procedentes de otros idiomas, fundamentalmente del árabe, griego, francés, alemán, inglés y otros.

Ejemplos de términos procedentes de otros idiomas (*ibíd*, p.146) son los siguientes: *bismuto, bloqueo, cinc, cuarzo, estribo, éster, mastocito y vaselina*, del alemán.

Del árabe: *álcali, alcohol, alquimia, azúcar, elixir, jarabe*; del francés; *bocio, chancro, debutar, drenaje, masaje, pipeta, reservorio, tisular y viable*. Del italiano: *batería, belladona, influenza, malaria, pelagra, petequia*. Del portugués: *albinismo, fetichismo, sarpullido*; e incluso de idiomas asiáticos como *agar, beriberi, bezoar, kala-azar, tabú, tatuaje, té* y africanos: *kwashiorkor, (mosca) tse-tse y uabaína*.

#### **Galicismos**

Hasta la gran expansión de los saberes técnicos y científicos, sus términos se formaron, en general, empleando elementos del griego y del latín. En el siglo XVIII, a esta influencia grecolatina se unió la de origen francés por medio de las traducciones de textos franceses (Gómiz León, 2014), y consecuentemente los «galicismos» pasaron a formar parte del léxico técnico español (Alcaraz Ariza, 1998, pp.45-46).

La influencia del francés y su penetración en el castellano general son muy antiguas; del siglo XI datan, como es muy bien conocido, los galicismos *fraile, homenaje, jardín, manjar, mensaje, mesón, monje, vianda y vinagre*, etc.

No obstante, sólo alcanzó cotas desproporcionadas a partir del siglo XVIII, con la entronización de los Borbones en España. Con la casa real francesa llegaron a Madrid (y a los dominios americanos) las costumbres, los dichos, las comidas y las modas de la corte de Versalles. Esta fase coincidió además con los períodos de mayor difusión del francés en todo el mundo: la Ilustración, la Revolución Francesa, el Imperio y la Restauración (Navarro, 1996, p.53).

Debido al enorme desarrollo que tuvo nuestra especialidad en Francia, desde el siglo XVIII y de la que no se ha logrado desprender hasta casi nuestros días la terminología

urológica ha incorporado a su argot diario abundantes galicismos (Maganto Pavón, 2000, p.235). Recordemos la pujanza y el desarrollo de nuestra especialidad ejercida por el instituto Necker de París, reputado por aquel entonces como el más importante de Europa en la especialidad de urología con Felix Guyón, como fundador (1831-1920) y su seguidor Joaquín Alabarrán (1860-1912), en el que se formarían los mejores cirujanos y urólogos de la época (Ayuso Arroyo, 1993, pp.89-93).

Fernando A. Navarro ha presentado un extenso glosario con más de mil expresiones médicas en francés «que plantean importantes problemas de traducción al español, por considerarse términos de traducción compleja o engañosa: palabras traidoras o falsos amigos»; voces francesas polisémicas que en una de sus acepciones tienen un equivalente español prácticamente idéntico o muy conocido; términos franceses de grafía o pronunciación muy parecidas, que entrañan un riesgo considerable de confusión entre sí; galicismos de uso frecuente; tecnicismos para los que los médicos de habla hispana se debaten aún entre la variante tradicional en declive, tomada del francés, y la variante moderna en auge, impulsada por el prestigio actual del inglés; cargos profesionales y términos propios del sistema sanitario francés, y expresiones del registro jergal, propias del argot médico. Galicismos muy utilizados en urología son estos: *examen* (por exploración), *fosita* (navicular), *ganglión*, *gonadotrofina*, *lubrificar* (por lubricar), *periné* (por perineo), *plastrón* (por induración inflamatoria), *polución* (por eyaculación), *pontage* (por derivación *-bypass-*), *agrafe* (por grapa de sutura), balón (por globo de una sonda), *débito* (por caudal, flujo), *deprivación* (por privación o carencia), etc. (Navarro, 2013, 2014 y 2015).

### **Germanismos**

Como hemos puesto de manifiesto, la escuela francesa fue el factor determinante que impulsó mundialmente el desarrollo de la Urología; no obstante, la escuela Alemana también influyó sobre nuestros médicos y cirujanos para forjar la nueva especialidad, la Urología, diferenciada hasta llegar a desprenderse de la Cirugía.

La medicina en Alemania, a finales del siglo XIX, fue referencia mundial con figuras como: Von Behring, Koch, Ehrlich, Virchow, Grawitz, Henle, Dressler, Von Langenbeck, Trendelenburg, Wilhelm Roentgen, James Israel, Maximilian Nitze y Alexander von Lichtenberg, convirtiéndose cuatro de ellos en ganadores del Premio Nóbel.

Los dos Servicios de Urología más prestigiosos de Europa, en aquella época eran el «Hospital Necker» de París y el «Urban Krankenhause» de Berlín, por todo ello la Urología y toda la medicina han sido impregnados de germanismos, que finalmente van sucumbiendo bajo la influencia de los anglicismos (Fredotovich, 2009, pp. 55-56).

### **Anglicismos**

Si a todo este clasicismo y formalismo de raíz greco-latina, añadimos los extranjerismos o barbarismos (anglicismos, galicismos, etc.) e innovaciones como siglas, acrónimos y epónimos, queda completado nuestro léxico, llamémosle científico-técnico.

Desde 1950 el inglés ha ido adquiriendo una importancia creciente y en la actualidad es el idioma de mayor influencia internacional (Aleixandre Benavent, 2001, p.145).

Los «anglicismos», fomentados por el predominio del inglés en las publicaciones médicas y los eventos científicos internacionales han inundado el léxico de la medicina y la especialidad de urología no es ajena a este fenómeno (Tundidor Bermúdez, 2017, p. 74).

Son usados en el lenguaje médico tanto oral como escrito. A nivel escrito alcanza cuotas importantes, aunque no así a nivel oral, puesto que a pesar de un conocimiento cada vez mayor de la lengua inglesa, la gran mayoría de los profesionales de las ciencias de la salud, seguirán acudiendo principalmente a su lenguaje especializado autóctono en su labor diaria (Alcaraz Ariza, 1998, p.8).

Lo que se publica en revistas internacionales, fundamentalmente en inglés, es la que mayores probabilidades de difusión y reconocimiento en el ámbito de la comunidad científica de influencia anglosajona, que hoy ostenta el liderazgo en cuanto a intercambio científico se refiere (*ibid.*, p.46).

Además de los anglicismos empleados casi rutinariamente en el argot médico general, dentro nuestra especialidad (Tundidor Bermúdez, 2017, pp.74-75) destacan:

- *clamp*: Recogido como anglicismo por el *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas* (Salvat). Sus equivalentes españoles son *pinza*, *presilla*, *grapa*, *sujetador* y *mordaza*. Derivada de ella, *clampar* (no en *DLE*), utilizada para describir la ‘hemostasia realizada con una pinza o grapa’.

- *lodge*: No incluido en el léxico anterior en su edición de 1978, ni en el Diccionario Espasa Medicina de 1999. Se emplea en urología en sustitución de *lecho.pouch*: No aparece en las obras citadas. En inglés significa *bolsa* o *saco*.

- *shunt*: Mencionado, también como anglicismo, por ambos diccionarios. Úsase en lugar de *desviación, derivación y/ o anastomosis*.

- *sling*: No acogido por los referidos tesauros. Corresponde al castizo *cabestrillo*.

- *stent*: Ha sido españolizado y aparece en el Diccionario de la Real Academia como *estent*.

Otro de los factores que han contribuido a la masiva incorporación de anglicismos en el léxico médico es su brevedad (mayoritariamente monosílabos) y la sonoridad de los vocablos ingleses (Tundidor Bermúdez, 2017, pp.74-75).

#### 5.1.2.7. *Las siglas*

Sigla, según *DLE*, consiste en la abreviación gráfica formada por el conjunto de letras iniciales de una expresión compleja, que sirve para ahorrar letras o espacio en la escritura.

La antigüedad de las siglas, en cuanto a letras iniciales de palabras, se remonta al Imperio Romano y desde entonces este fenómeno lingüístico ha estado presente en todas las lenguas y en todas las épocas, por lo que uno de los rasgos más característicos y recurrentes del lenguaje médico, al igual que todo lenguaje científico-técnico, es la proliferación de formas abreviadas que contiene, para conseguir el objetivo de transmitir la mayor cantidad de información con el mínimo de palabras (Alcaraz Ariza, 2003, p.37).

Por tanto, no es extraño encontrar una proliferación (en ocasiones, abuso) de formas abreviadas en los artículos científicos médicos (Hernández de la Rosa, 2012, p.148). Las siglas figuran en diccionarios médicos como el inglés *Dorland* (1994), el francés *Flammarion* (1994) o el alemán *Pschyrembel* (1994), no así en la lengua española donde no existe una tradición de redactar diccionarios dedicados exclusivamente a esta variante terminológica y sólo aparecen algunas entradas en diccionarios médicos generales como: *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*, 1992; *Roche*, 1994, etc. (Alcaraz Ariza, 2003, p.39). Posteriormente ya se han publicado en castellano, diccionarios monográficos como el *Diccionario de abreviaturas, acrónimos, siglas y símbolos médicos* (2002), del argentino Enrique Marcelino Otharán, en el que se

recogen más de catorce mil siglas, símbolos, abreviaturas y acónimos y más de veinte mil acepciones relacionadas con la medicina, de uso cotidiano la mayoría y otras casi desconocidas por lo novedosas.

Desde 2008 disponemos del *Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español* por Fernando A. Navarro.

En 2016 aparece el *Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias* de Javier Yetano Laguna y Vicent Alberola Cuñat, editado por Ministerio de Sanidad y Consumo.

En resumen, desde un punto de vista formal, entendemos por sigla a la grafía simplificada obtenida tras el acortamiento de una palabra aislada o de un sintagma, que se convierte en una unidad nueva. Suele estar constituida por la(s) letra(s) inicial(es) de palabra(s) de contenido, aunque también pueden aparecer variantes compuestas con las iniciales de algunas de las sílabas de palabras polisilábicas.

Con respecto a su longitud, ésta puede oscilar entre una y cinco letras y aparecen normalmente escritas con letras mayúsculas y se deletrean cuando son consonánticas, aunque a veces se pronuncia la palabra o el sintagma completo que representan.

Generalmente no se admiten las iniciales de palabras funcionales (artículos, conjunciones o preposiciones). Las siglas pueden ir unidas entre ellas, separadas por un guion, o acompañadas de otras formas abreviadas, números o símbolos, que actúan de modificadores de su contenido (Marcelino Otharán, 2002).

En urología se utilizan con frecuencia y ejemplos muy utilizados son estos:

AEU: Asociación Española de Urología.

BHC: Bloqueo Hormonal Completo.

EBU: European Board of Urology.

ETS: Enfermedad de Trasmisión Sexual (Marcelino Otharán, 2002, p.108).

FSH: Folículo eStimulante Hormona (*ibid.*, p.121).

HBP: Hipertrofia Benigna de Próstata.

HPB: Hipertrofia Prostática Benigna (*ibid.*, p.142).

IPSS: International Prostate Symptom Score (escala internacional de síntomas prostáticos) (*ibid.*, p.159).

LGS: Ley General de Sanidad.

LH: Luteinizante Hormona (*ibid.*, p. 176).

PPT: Punción Percutánea translumbar.

Rh: Factor Resus (grupo sanguíneo) (*ibid.*, p. 260).

- RNM: Resonancia Nuclear Magnética (*ibid.*, p. 263).  
RTU: Resección Trans Uretral (*ibid.*, p. 266).  
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (*ibid.*, p. 280).  
TAC: Tomografía Axial Computarizada (*ibid.*, p. 293).  
UC: Uretro Cistoscopia.  
UIV: Urografía Intra Venosa (*ibid.*, p. 313).  
URS: Urétero- Renos- Copia (*ibid.*, p. 315).  
VPH: Virus del Papiloma Humano (*ibid.*, p. 323).

#### 5.1.2.8. *Los acrónimos*

Acrónimo según *DLE* es la sigla cuya configuración permite su pronunciación como una palabra formando un vocablo. Sucede cuando las siglas tienen una estructura silabeable y sus constituyentes no suelen pronunciarse por separado, articulándose entonces como un todo. Los acrónimos incluso, ocasionalmente, omiten iniciales para que las nuevas lexías obtenidas sean más fáciles de recordar, escribir y pronunciar. Se forman, pues, por la unión de elementos de dos o más palabras, constituido por el principio de la primera y el final de la última. El acrónimo es un tipo de sigla, por lo tanto, busca reducir un concepto más amplio a algo más simple. El acrónimo se diferencia de la sigla porque el acrónimo es más fácil de memorizar y suele muchas veces reemplazar el nombre formal o completo.

Algunos acrónimos tienen el privilegio de escribirse en minúscula o de servir de base para lexías más complejas. Entre estos pocos, figuran aquéllos que han alcanzado un punto culminante en su escala evolutiva, al convertirse en formas comunes lexicalizadas.

En otros se observa una tendencia a figurar en letras minúsculas, a excepción de su mayúscula inicial, p. e. *Elisa* y la conservación de dicha mayúscula inicial le otorga la categoría de nombre propio.

Una vez acuñados, tanto las siglas como los acrónimos se comportan como verdaderos sustantivos, y están por tanto sujetos a las normas gramaticales que rigen su uso (Alcaraz Ariza, 2003, pp. 44-45).

Utilizados en urología son estos:

AP: Atención Primaria.

CARPA: Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales.



CI: Consentimiento Informado.

CIBIR: Centro de Investigación Biomédica Riojano.

EAU: European Association of Urology (sociedad científica europea de Urología).

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud (Marcelino Otharán, 2002, p.158).

ITU: Infección del Tramo Urinario (Ibíd, p.163).

láser: Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation): amplificación de la luz mediante emisión estimulada de la radiación (Ibíd, p.172).

MIR: Médico Interno Residente (Ibíd, p.192).

OMS: Organización Mundial de la Salud (Ibíd, p.218).

PET: Positron Emission Tomography (tomografía de emisión de positrones) (Ibíd, p.233).

PSA: Antígeno eSpecifico Prostático (Ibíd, p.247).

Q max: Flujo urinario Máximo (Ibíd, p.254).

RAO: Retención Aguda de Orina (Ibíd, p.256).

RT: RadioTerapia (Ibíd, p.266).

SERIS: Servicio Riojano de Salud.

TNM: Clasificación del tumor en función del tamaño del tumor (T), la afectación de los ganglios linfáticos regionales (N) y las metástasis a distancia (M) (Ibíd, p.303).

TUS: Tramo Urinario Superior.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos (Ibíd, p.311).

UMI: Unidad de Medicina Intensiva.

UVI: Unidad de vigilancia Intensiva (Ibíd, p.315).

Y finalmente aludimos al archinomebrado *acrónimo* más utilizado y oído durante estos últimos dos años: COVID-19. Tras varias denominaciones iniciales, la OMS anunció el 11 de febrero de 2020 que COVID-19 sería el nombre oficial de la enfermedad. El nombre es un acrónimo de *coronavirus disease 2019* (enfermedad por *coronavirus 2019*, en español).

Según *DLE*: íd. Del ingl. COVID, y este acró. de *coronavirus disease* (enfermedad del coronavirus). 1. *m.* o *f.* Med. Síndrome respiratorio agudo producido por un coronavirus. Como observamos en español, el género de la denominación de la enfermedad puede ser tanto femenino como masculino; sin embargo, el femenino fue desde un principio el preferido por la Fundéu BBVA y, posteriormente, por la Real Academia Española (RAE): La COVID-19, debido a que «COVID-19» es el acrónimo en inglés de enfermedad por coronavirus de 2019, donde enfermedad (palabra

representada por la letra D, elemento principal del acrónimo) solo puede ser femenino en la lengua española. Aunque es el femenino el que utiliza la OMS en todos sus escritos, el uso del masculino se halla más estandarizado en el discurso público, según la RAE, por influencia del género de coronavirus y de otras enfermedades víricas: el dengue, el MERS, el SARS, el Zika, y otras (Hernández de la Rosa, 2020, pp.184-188).

La Fundéu BBVA también señala que se puede lexicalizar el nombre de la enfermedad en textos generales, escribiéndolo todo en minúsculas (covid-19) por tratarse de un sustantivo, en lugar de mayúscula inicial (Covid-19), como se usa en algunos escritos; y que no es infrecuente ni incorrecto usar solo el primer lexema de esta palabra compuesta (COVID en lugar de COVID-19). Esta simplificación se explicaría por el fenómeno de la economía lingüística, especialmente en el registro informal y discurso hablado. Respecto a su acentuación, ambas instituciones indican que el uso mayoritario del primer lexema de la palabra es agudo /ko'βið/ (COVID-19).

#### 5.1.2.9. *Los epónimos*

Y finalmente los epónimos que según *DLE*: ‘Dicho de una persona o de una cosa: Que tiene un nombre con el que se pasa a denominar una ciudad, una enfermedad, un concepto, etc.’.

Otro de los rasgos característicos del lenguaje de las ciencias de la salud es la presencia de epónimos o términos contruidos sobre nombres propios.

La formación eponímica presenta una gran variación, tanto conceptual como formal, siendo esta una de sus características inherentes en su construcción.

Una vez acuñados, los epónimos se comportan como cualquier otro signo lingüístico, estando por tanto sujetos a fenómenos de homonimia, polisemia y sinonimia.

La importancia que ha adquirido este fenómeno, consistente en dar un nombre propio a un fenómeno, un concepto o un objeto científico o técnico, se acredita por su inclusión en los diccionarios médicos, lo que equivale a una muestra de su aceptación y su consagración dentro de la comunidad médica (Alcaraz Ariza, 2002, p.55).

En ocasiones se trata de un reconocimiento al mérito de quienes los identificaron, los describieron o los fabricaron por primera vez. La aplicación del nombre de un médico para designar una entidad, una lesión o un instrumento (como *enfermedad de Parkinson*) es, por lo general, iniciada por colaboradores o discípulos, como muestra de admiración al maestro, aunque no siempre es así (Bruguera, 2005, p.426).

Otras veces los nombres propios utilizados para designar enfermedades no son nombres de médicos, sino de pacientes (como la hemofilia B, denominada enfermedad de Christmas, llamada así en honor al primer paciente descrito con esta enfermedad, en 1947 (Acosta, 2020, p.274 ); HELA, por Helen Lake, etc. o de un grupo étnico o familiar en los cuales se descubrieron el objeto eponimizado, como enfermedad de Byler, por describirse en miembros descendientes de Jacob Byler perteneciente a una familia Amish (Galoppo, p. 2) e incluso otros referentes, como en el caso de la hemoglobina *Hopkins*, que recibe su nombre por la Universidad del mismo nombre en Baltimore (EE. UU.) (Bruguera, 2005, p. 426).

Según refiere Arthur Bloc (2000, p.182) en *La ley de Murphy para médicos* en su apartado «ley del epónimo»: «Sea cual sea la ley, ésta no será conocida por el nombre de su creador» sino por quien le da el nombre.

En <<https://www.historiadela medicina.org/epolista.html>> está publicada la mayor parte de los epónimos existentes en medicina donde se refleja en un listado alfabético el nombre del cual procede el epónimo y a su derecha el epónimo por el cual se conoce. Si se picha sobre él, se despliega la biografía del personaje del que procede el epónimo, la descripción técnica de la enfermedad, proceso o instrumento médico y la bibliografía del mismo.

Dentro de la especialidad de urología, y en castellano, está publicado por F. de la Rosa Kerman y cols. un centenar de epónimos en urología editados alfabéticamente y de cada uno de ellos realiza una descripción histórica del mismo y el significado que hoy tiene el epónimo, además de la bibliografía del autor y la relacionada con el mismo. Basándonos en esta publicación, extraeremos seguidamente algo más de una docena de los más utilizados. Dentro de nuestra especialidad, su lectura nos va a permitir conocer la historia de la urología y los nombres de las personas que con sus ideas, experimentación o hallazgos han permitido el avance en dicha ciencia.

Frecuentes son estos:

Células de *Leydig*: cel. testiculares productoras de testosterona.

Dilatadores de *Alken*: dilatadores telescopados para litotomía percutánea.

Enfermedad de *La Peyronie*: induración plástica de los cuerpos cavernosos.

Enfermedad de *Addison* estos: insuficiencia hormonal de las suprarrenales.

Escala *Charrière*: para numeración del calibre de las sondas uretrales.

Gangrena de *Fournier*: gangrena de los genitales masculinos externos.

Hidátide de *Morgagni*: apéndice testicular, remanente embrionario del cond. de Müller.

Posición de *Trendelenburg*: decúbito con la cabeza más baja que las extremidades inf.

Síndrome de *Cushing*: hipertrofia funcional de las suprarrenales.

Síndrome de *Morris*: pseudo hermafroditismo masculino con apariencia femenina.

Sondas de *Foley*: sondas uretrales autorretentivas por un globo hinchable.

Test de *Bonney*: maniobra para exploración de la incontinencia urinaria femenina.

Tumor de *Wilms*: el tumor renal infantil más frecuente. Etc.

#### 5.1.2.10. Las abreviaturas

La abreviatura, según *DLE*, derivado del lat. mediev. *abbreviatura*. f. 'es una representación gráfica reducida de una palabra o de un grupo de palabras, obtenida mediante un procedimiento de abreviación en que se suprimen letras finales o centrales, cerrada generalmente con punto y raramente con barra'.

A cada abreviatura le corresponde un solo término. En su utilización suele haber un cierto consenso (Gutiérrez Rodilla, 1998, p.139).

En medicina son frecuentes (la mayoría por el sistema de la apocope):

auto. (autólogo).

col. (colirio).

comp. (comprimido).

d. (día).

g. (gramo).

got. (gota).

gral. (generalmente).

h. (hora).

iny. (inyectable).

loc. (loción).

máx. (máximo).

mil. (millón).

mín. (mínimo).

min. (minuto).

polv. (polvo).

pom. (pomada).  
 sem. (semana).  
 sol. (solución).  
 sup. (supositorio).  
 susp. (suspensión).  
 tóp. (vía tópica).  
 transd. (transdérmico).  
 tto. (tratamiento).  
 ung. (ungüento).

### 5.1.2.11. Los símbolos

Según *DLE*: Del lat. *symbolus*, y este del gr. *σύμβολος* *sýmbolos*. 3. m. Ling. Representación gráfica invariable de un concepto de carácter científico o técnico, constituida por una o más letras u otros signos no alfabetizables, que goza de difusión internacional, y que, a diferencia de la abreviatura, no se escribe con punto pospuesto; p. ej., *N*, *He*, *km* y *€* por norte, helio, kilómetro y euro, respectivamente.

Según Bertha Gutiérrez (1998, p. 140), muchos de ellos no son más que abreviaturas especiales, consensuadas y aprobadas por organismos internacionales. Pueden escribirse con mayúscula, minúscula o combinadas. En las matemáticas son muy utilizados y sustituyen incluso a palabras enteras y los más característicos son los números y los signos + (más), - (menos), X (por), etc.

También son frecuentes los pictogramas, p.ej. < (menor que), > (mayor que) = (igual), etc.

Igualmente son símbolos los conocidos signos de puntuación y las letras de los abecedarios griego y latino,  $\alpha$  (alfa),  $\beta$  (beta),  $\gamma$  (gamma),  $\pi$  (pi) o el anglicanismo (&) (y), etc. (Gutiérrez Rodilla, 1998, p.140).

En urología se utilizan con frecuencia: ♂ (hombre) o ♀(mujer), además de los generales:

$\mu$ g: microgramo  
 $\mu$ l: microlitro  
 kcal: kilocaloría  
 kg: kilogramo  
 l: litro

mEq: miliequivalente

mg: miligramo

mOsm: miliosmol

mU: miliunidades

### 5.1.3. CONCLUSIONES SOBRE EL LENGUAJE MÉDICO

Siguiendo a M.<sup>a</sup> Ángeles Alcaraz (2002, pp.59-60): «Cualquier vocabulario es un sistema abierto (Bühler, 1967, p.430) y a esta característica no podía escapar la lengua de la medicina». Es un sistema en eterna «reconcepción por su condición de inestabilidad», inherente a la evolución de todo conocimiento científico (*Manual de estilo*, 1993, p. 335).

El lenguaje médico presenta unas características distintivas en varios órdenes: léxico, semántico, sintáctico, etc.

Centrándonos en el plano léxico-semántico, el lenguaje de las ciencias de la salud se caracteriza por su gran riqueza, al incluir una nomenclatura médica latina y unos tecnicismos médicos autóctonos contruidos con raíces, prefijos y sufijos derivados del griego y del latín, a los que añadimos lemas de procedencia árabe, galicismos, germanismos y anglicismos (Alcaraz Ariza, 2003, p.40).

A estas unidades se unen vocablos procedentes del *léxico común* que han adquirido significados especializados (p.ej. el anglicismo *shock*), conteniendo también un vocabulario denominado *subtécnico*, compuesto por elementos que no son específicos ni del lenguaje general ni de ninguna especialidad en particular, pero que están presentes regularmente en textos científicos y técnicos (p.ej. denso, cantidad, función, teoría, etc.) y se complementa con *tecnicismos* pertenecientes a ciencias auxiliares (biología molecular, bioquímica, farmacología, psicología, etc.) y a disciplinas en principio ajenas a la médica (estadística, informática, matemáticas, etc.)(*id.*).

Concluye M.<sup>a</sup> Ángeles Alcaraz (2002, p. 60): «el resultado de esta convivencia se materializa en la presencia de un extenso léxico especializado formada por términos simples, compuestos, derivados y sintagmáticos, entre los que se encuentran numerosas voces eponímicas».

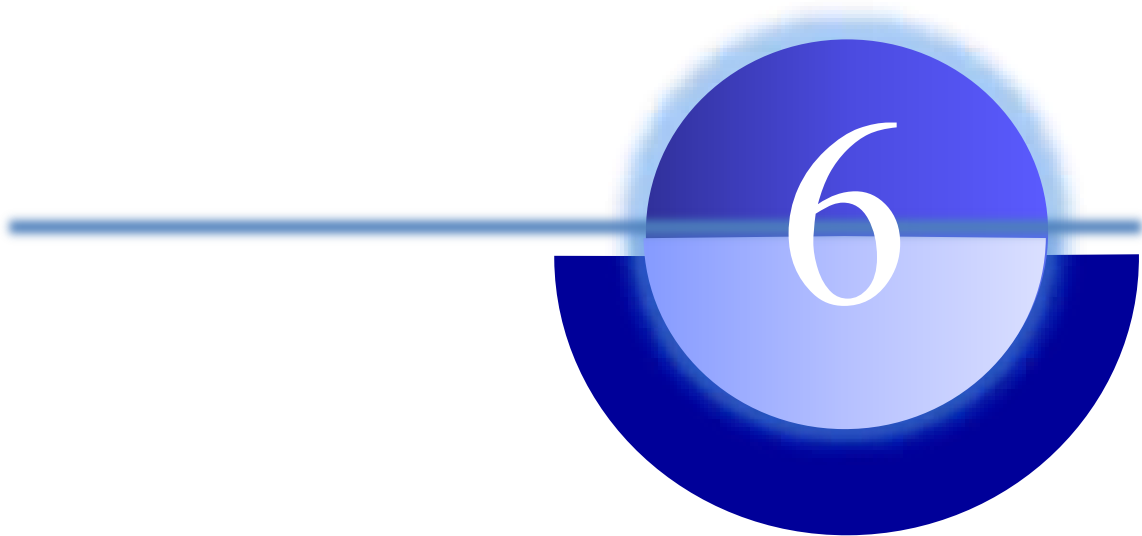
Según A. Martín Municio (1992, p. 243) este «museo lingüístico» eponímico, está formado por vocablos de orígenes diversos, referencias geográficas, literarias y mitológicas, nombres propios de personas célebres, metáforas muertas, neologismos,

barbarismos, símbolos, siglas, acrónimos, abreviaturas y nombres comerciales. Por estas últimas consideraciones, y dadas las ingentes incorporaciones de abreviaturas, siglas, acrónimos, etc., al siglo pasado se le ha llegado a denominar el «siglo de las siglas» (Tenazos Pinto, 2002, prólogo).





# Capítulo



**Materiales y  
 metodología**



## 6.1. MATERIALES

Se ha partido del análisis de un fichero manuscrito, elaborado en un periodo de doce años, entre 1968 y 1980, realizado inicialmente por el profesor Claudio García Turza, con la ayuda posterior, a partir de 1980, de encuestas personalizadas llevadas a cabo por estudiantes y profesores de filología del Colegio Universitario de Logroño, siempre bajo la dirección del citado profesor, quien organizó todas las palabras y expresiones recogidas en dos grandes campos semánticos fundamentales: los de la complejión física y psíquica de las personas de La Rioja encuestadas.

Las encuestas se realizaron por buena parte del territorio de la actual comunidad Autónoma de La Rioja. Se buscó que cada entrevistador realizara sus encuestas en su área de influencia, bien por ser naturales de la zona en cuestión, tener su residencia habitual, familiares, lugar de segundas residencias, etc.

Las encuestas se centraron en aspectos muy diversos dentro de los campos semánticos aludidos, y una vez realizadas, eran motivo de consulta y estudio durante el curso académico.

Como puede colegirse de lo que antecede, los temas motivo de nuestro trabajo son los relativos a la condición humana en el amplio sentido de la palabra, incluyendo hábitos, costumbres, higiene, alimentación, enfermedades, tratamientos, relaciones sociales, estados físicos y emocionales, etc. Con ello, se elaboró un fichero conteniendo más de siete mil lemas.

Como se ha mencionado con anterioridad, la idea inicial de nuestro estudio fue la de analizar todas ellas desde un punto de vista médico y lexicográfico y en este sentido se inició el estudio. Ahora bien, dado el ingente número de lemas recogidos y la pluralidad de su contenido, se consideró que el tiempo necesario para su elaboración excedía en todos los sentidos a la idea de elaborar con ellos una tesis doctoral, teniendo en cuenta la restricción temporal que contempla la normativa actual.

Debíamos de acotar dicho estudio, por lo que teniendo en cuenta mi especialidad médica (la urología y la andrología), decidimos centrar nuestro estudio en los lemas relacionados con dichas especialidades. El expurgo se realizó con palabras específicas de la semántica de lo urológico y de todas aquellas encontradas en dicho fichero que tuvieran relación con los procesos urológicos y andrológicos.

La justificación de la inclusión de dichas palabras, que pueden coincidir con las empleadas en otros campos de la medicina, es porque son utilizadas con la misma

propiedad en todas las especialidades médicas. La fiebre o el dolor se produce y manifiesta de forma similar, afecte a cualquier órgano o aparato del cuerpo humano y su terminología es similar. Por ello en nuestro lexicón encontraremos palabras exclusivas urológicas mezclada con otras no específicas.

Para completar dicho estudio, hemos analizado otros ficheros de otras procedencias como los cedidos por personas que de un modo u otro han sabido de la realización de este estudio y nos han cedido sus recopilaciones generosamente. Queremos mencionar los facilitados por Francisco Ruiz, maestro y sacerdote de varias localidades riojanas; de José Cabezón, maestro de Anguiano (La Rioja) y el realizado por D<sup>a</sup> Marisa Pérez Aradros, como enfermera de la consulta de Urología del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño. Ahora bien, he añadido de mi bagaje personal como urólogo y riojano, tras más de cuarenta y cinco años de ejercicio profesional en La Rioja, aquellas que, dado su interés, he echado en falta en la recopilación mencionada.

## 6.2. METODOLOGÍA

### 6.2.1. LA MACROESTRUCTURA

De los más de siete mil lemas registrados y ordenados se han seleccionado 273 vocablos relacionados, como hemos mencionado, con la especialidad de urología. Se ha procedido a la digitalización de estos con Microsoft Word y Microsoft Excel, agrupados por conceptos como estado de salud, síntomas, tratamiento, parasitosis, órganos genitales, relación sexual, etc., es decir, sin seguir una norma académica o la estructura de un manual de medicina o urológico. Se ha seguido dicha estructura ateniéndonos a la realizada en los epígrafes de las encuestas. Únicamente si dicho epígrafe estaba incluido en algún lema de dicho apartado y si tuviera una correspondencia con un lema científico se ha cambiado, pero no su estructura y contenido.

Cada lema, que como hemos indicado en principio no va ordenado alfabéticamente, se comprueba su inclusión en los diccionarios de uso habituales del castellano: *DLE*, *DUE* y *DEA*.

*DLE*. <<https://dle.rae.es>>

*DUE*. MOLINER, María: *Diccionario de uso del español*. Madrid, Gredos, 1990, vols. I-II., tercera edición (2007).

*DEA. Diccionario del español actual* (Manuel Seco, Olimpia Andrés y Gabino Ramos, 1999).

Seguidamente se comprueban posibles concordancias en diferentes corpus léxicos del español, tanto orales como escritos: corpus COSER, PRESEEA, VALESCO, CORDE, CREA y CORPES XXI.

A continuación, se comprueba su inclusión en diccionarios específicos de ciencias médicas (referenciados por su fecha de publicación): PIMULIER, Felipe Simón (1967): *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina, cirugía y especialidades (DEM)* 2ª ed., II Tomos. Madrid, Alonso. Según refiere el autor en su prólogo, dicha obra estaba en proyecto desde el año 1956, en la que se inició con la publicación a modo de ensayo en una revista profesional, finalizando su edición como diccionario enciclopédico, concebido con un criterio esencialmente práctico, para facilitar al personal médico y sus auxiliares a comprender toda la información de datos dispersos por la ingente cantidad de publicaciones de las diversas especialidades médico-científicas.

Consta de mil ochocientos cinco páginas, más un apéndice con noventa y cuatro páginas, distribuidas en dos tomos.

WOVES, Manuel (dir. ed.) (1974): *Gran diccionario médico (GDM)*. Madrid, Publicaciones Controladas. IV Tomos. Este *Gran diccionario médico* se corresponde a una traducción de la misma obra, publicada en Italia (1972) y distribuido a todos los médicos interesados por gentileza de Laboratorios FHER, S.A. Consta de cuatro tomos y un total de dos mil seiscientos noventa y cinco páginas, abarcando su temática a la totalidad de especialidades médico-quirúrgicas.

Para finalizar, cada lema se ha contrastado en Real Academia Nacional de Medicina de España (2012): *Diccionario de términos médicos (DTM)*. Médica Panamericana.

Este *Diccionario de términos médicos*, de la Real Academia Nacional de Medicina de España (2012), editado por Médica Panamericana, con su versión en línea, se trata, según Hipólito Durán Sacristán (Director Académico del *DTM*, 2012, prefacio) de la culminación de la idea gestada desde 1796, fecha en la que se sancionó por Carlos IV, la creación de la «Real Academia Médica de Madrid» (organismo cuyo antecedente fue la Tertulia Médica Matritense, Madrid 1733), en la que en sus estatutos, recogidos en «las Memorias de la Academia», se establece un «plan de ocupación en que deberá emplearse la Real Academia Médica de Madrid», que supone la aceptación e incorporación del pensamiento científico europeo moderno a

la práctica de la medicina y el diseño de un amplio programa de actividades para desarrollar por los señores académicos. Entre estas actividades, figura la «formación de la nomenclatura o explicación de las voces técnicas españolas mejorando la que hasta ahora se ha ejecutado, defectuosa en la actualidad por la ignorancia de la medicina y ciencias naturales [...]», tratándose de la primera mención, en la documentación académica conocida, para la elaboración de un diccionario médico.

En efecto, el 28 de abril de 1861, Isabel II aprueba y sanciona un nuevo *Reglamento para la Real Academia de Medicina de Madrid*, y la Institución se considera implícitamente «Real Academia Nacional de Medicina», haciéndose mención, entre otras muchas cosas, la de elaborar un Diccionario Tecnológico de Ciencias Médicas.

Es necesario llegar a fechas muy cercanas, finales del siglo XX, para abordar la elaboración del diccionario de forma definitiva y que el proyecto del *Diccionario de términos médicos* se haga realidad. Un equipo técnico, coordinado por Fernando Navarro, trabaja sobre las definiciones aportadas por los señores académicos en sus respectivas especialidades, las cuales son analizadas y adaptadas por el equipo técnico a las características lexicográficas establecidas para la obra, incorporando la etimología, el equivalente en inglés, las abreviaturas, los sinónimos y las observaciones según procede en cada caso. Esta primera edición del *DTM* contiene casi 52000 términos con referencias cruzadas, cerca de 30000 sinónimos y variantes léxicas o gráficas, información etimológica e histórica para cerca de 7000 términos, información sobre nomenclaturas normalizadas en más de 5200 entradas, casi 27000 observaciones lingüísticas y técnicas, equivalentes de los términos en inglés; etimologías, siglas, abreviaturas, símbolos y acrónimos más frecuentes. Recoge no sólo los términos correctos, sino también los erróneos con el fin de alertar al usuario. Según Manuel Díaz-Rubio García, presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, la gran novedad de este diccionario, frente a otros diccionarios médicos de larga tradición, anglosajones o franceses, traducidos a nuestra lengua, es que está pensado y escrito en español, lo que lo convierte en un logro genuino y de singular proyección (2012, *Presentación*).

De dicho análisis en los diccionarios específicos en ciencias médicas, si no aparecen los fonemas estudiados no se hace ninguna referencia, y si aparece, sobre todo si hay nuevas connotaciones o aclaran algún concepto, se indica y añade.

Se ha realizado un exhaustivo análisis de los lemas médicos estudiados por Angela Moreno Torres (2000) en su tesis doctoral *Aproximación al léxico de la Anatomía y de la Urología en romance en el siglo XVI*, con 4565 entradas, de la cual se han extraído

lemas que no teníamos referenciados y se han ratificado otros más. Los que están incluidos en nuestro trabajo se analizan y comparan sus significados.

Seguidamente se analiza la inclusión o no en diccionarios dialectales regionales y atlas lingüísticos, especialmente en el *ALEANR*, terminando con los diccionarios locales. Concretamente, los diccionarios dialectales de las regiones vecinas de La Rioja consultados han sido de Aragón: *Diccionario aragonés. Aragonés-castellano. Castellano-aragonés (DA)* de Rafael Andolz y *Diccionario de voces aragonesas (DVA)* de Gerónimo Borao; de Navarra: *Vocabulario navarro (VN)* de José María Iribarren ; de Álava: *Vocabulario de palabras usadas en Álava y no incluidas en el Diccionario de la Real Academia Española (VA)* de Federico Baráibar y Zumárraga y de Soria: «El habla de Soria. Su fichero léxico» (*HS*), *Celtiberia*, de V. García de Diego.

Igualmente se han consultado otros de zonas más concretas como: *El habla de la Bureba. Introducción al castellano actual de Burgos (HB)* de Fernando González Ollé (1964) y *El habla de la Rioja alavesa (HRA)* de María de las Nieves Sánchez González de Herrero (1977).

Se han incluido igualmente unidades léxicas pluriverbales, siguiendo las instrucciones del *DLE*, con su orden de preferencia de sustantivo o cualquier palabra usada como tal, verbo, adjetivo, pronombre y adverbio.

En cuanto a los lemas relativos o relacionados con la esfera sexual (*pene, testículos, relación sexual*, etc.) se ha cotejado, durante todo el proceso de elaboración temático, su posible inclusión en *El diccionario secreto I y II*, de Camilo José Cela (1969 y 1971, Alfaguara,) y en el *Gran diccionario del Argot El Soez (GDAS)*, de Delfín Carbonel Basset (2000, Barcelona, Larousse). Si estuviera recogido en alguno de ellos, se analiza su acepción y si no lo está, se reafirma su inclusión como riojanismo.

### 6.2.2. LA MICROESTRUCTURA

La estructura de cada entrada, con el enunciado en minúscula y negrita, generalmente se acompaña de la categoría gramatical, seguida de su definición entre comillas simples. Se incluyen las que no aparecen en el *DLE* (o lo hacen con otras acepciones o usos, o bien con marca diatópica). Si aparecen en *DUE* o *DEA* se analiza su inclusión o no. Si aparecen en alguno de los corpus del español o atlas lingüísticos, las analizamos. Prácticamente en todas las ocasiones, añadimos ejemplos que ayudan a la comprensión de un significado concreto. Están en cursiva y la unidad léxica en cuestión, en

redondilla. Seguidamente se añaden notas etimológicas. Si no aparece en ninguno de los mencionados textos en la macroestructura, consideramos al lema como riojanismo no constatado. Al final de esta tesis, los lemas se han ordenado alfabéticamente para facilitar su localización o, cuando se precise, su rápida ubicación.

### 6.2.2.1. *Abreviaturas y acrónimos*

a.C.	antes de Cristo
ac. /s.	acepción/es
adj.	Adjetivo
adv.	adverbio/ adverbial
afect.	afectivo/ a
afo.	Aforismo
amb.	sustantivo de género ambiguo
ant.	antiguo/ a, anticuado/ a
Apud	en la obra de...
ár.	Árabe
aum.	Aumentativo
c./ca.	circa (alrededor de o aproximadamente)
cariñ.	cariñoso/ a
cf.	<i>confer</i> (véase, compárese)
com.	sustantivo de género común
comp.	comparativo/a
conj.	Conjunción
coord.	Coordinador
desp.	despectivo/a
dim.	Diminutivo
dir.	Director
ej.	Ejemplo
espor.	de uso esporádico
eufem.	eufemístico/ a
expr.	Expresión



---

f.	sustantivo de género femenino
fam.	en registro familiar
fig.	en sentido figurado
fr.	Frase
gte.	Generalmente
<i>ibíd.</i>	<i>ibídem</i> (en la misma fuente [la última citada])
'íd.'	ídem (con el mismo significado)
incl.	incluido
<i>inf.</i>	en el ámbito infantil
int.	introducción
interj.	interjección
intr.	verbo intransitivo
lat.	latín/ o/a
loc.	locución
m.	sustantivo de género masculino
nom.	nominal
p./pp.	página/s
p. activo	participio activo
p. ej.	por ejemplo
p. p.	participio pasivo
p. u.	poco usado
pey.	peyorativo/ a
pl.	plural
pl. tánt.	<i>pluralia tántum</i> (sustantivo usado sólo en plural)
pond.	ponderativo/a
prep.	preposición
prnl.	verbo pronominal
pron.	pronombre
pron.pers.	pronombre personal
respte.	respectivamente
s. m. s.	segunda mitad del siglo.

s. v.	<i>sub voce</i> (en la entrada o artículo)
s.n.	según número
se u.	se usa
se u. c.	se usa como
se u. m. c.	se usa mucho como
se u. t. c.	se usa también como
sec.	sección
sic	así (está escrito)
sing.	Singular
sing. tánt.	<i>singularia tantum</i> (sustantivo usado sólo en singular)
sust.	Sustantivo
tr.	(verbo) transitivo
v.	véase.

#### 6.2.2.2. *Abreviaturas y siglas médicas*

AEU	Asociación Española de Urología
AP	Adenoma de Próstata
CI	Consentimiento Informado
CIU	Congreso Internacional de Urología
CNU	Congreso Nacional de Urología
CP	Cáncer de Próstata
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMI	Cirugía Mínimamente Invasiva
EAU	European Association of Urology
ECG	Electrocardiograma
HBP	Hipertrofia Benigna Prostática
HFC	Hospital Fundación de Calahorra
HSM	Hospital San Millán
HSP	Hospital San Pedro
IV	intravenosa
LEOC	Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque

MIR	Médico Interno Residente
PSA	Antígeno Prostático Específico
RNM	Resonancia Nuclear Magnética
RTU	Resección Trans Uretral
RM	Resonancia Magnética
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TA	Tensión Arterial
TC	Tomografía Computarizada
UIV	Urografía intravenosa

### 6.2.3. FUENTES CONSULTAS EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO

ALEANR: ALVAR, M., LLORENTE, A., BUESA, T. y ALVAR, E. (1979-1983): Atlas Lingüístico y Etnográfico de Aragón, Navarra y Rioja, 12 vols., Madrid, Departamento de Geografía Lingüística, C.S.I.C., Zaragoza, Institución «Fernando el Católico».

*Aut* (Diccionario de Autoridades)

CAST: GARCÍA DE DIEGO, V. (1950): «El castellano como complejo dialectal», *RFE*, XXXIV, pp. 107-124.

CC: ELÍAS, L.V. y ROHMER, E. (1989): *Por las cocinas de Cameros (La Rioja)*, Centro de Investigación y Animación Etnográfica «El Molino» (Sorzano), La Rioja.

CHLR: PASTOR BLANCO, J. M. (2010). *El castellano hablado en La Rioja*. Logroño: Ediciones Emilianenses.

COSER: FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ, I. (dir.) (2005-2008): *Corpus Oral y Sonoro del Español Rural*. <[www.uam.es/coser](http://www.uam.es/coser)>.

COST: VERDE ARTEAGA, L. (1992): *Costumbres perdidas de San Vicente de la Sonsierra*, Logroño, Rioja 7 Días, S. A.

CVR: MAGAÑA, J. (1948): «Contribución al estudio del vocabulario de la Rioja». *RDTP*, IV, Madrid, pp. 266-303.

DA: ANDOLZ, R. (1977). *Diccionario aragonés*. Zaragoza: Librería General.

DAS: *DICCIONARIOS del Dr. de PANDO*. (s.f.). Obtenido de Diccionarios autonómicos(105-Soria):

<http://www.diccionariosdigitales.com/GLOSARIOS%20y%20VOCABULARIOS/Diccionarios%20Autonomicos-105-SORIA-Vocabulario.htm>

- DC: RUIZ SOLDEVILLA, V. (2019). *Diccionario catón*. Autol: Ayuntamiento de Autol.
- DCECH: COROMINAS, J. y PASCUAL, J. A. (1980-1991): *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico*, 6 vols., Madrid, Gredos.
- DCT: HERNÁNDEZ ALONSO, César (2001): *Diccionario del Castellano Tradicional*. Valladolid, ÁMBITO.
- DE: ECHAVARRÍA, fray M. de, *Diccionario etimológico de voces provinciales de la Rioja* (copia manuscrita de 1807), Logroño, IER.
- DEEH: GARCÍA DE DIEGO, V. (1985<sup>2ª</sup>): *Diccionario Etimológico Español e Hispánico*, Madrid, Espasa-Calpe.
- DEM: PIMULIER, F. S. (1967). *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina, cirugía y especialidades*. Madrid: Alonso.
- DIAL: ZAMORA VICENTE, A. (1967<sup>2ª</sup>): *Dialectología española*, Madrid, Gredos.
- DIALECT: GARCÍA DE DIEGO, V.(1916): «Dialectalismos», *RFE*, III, 1916, Madrid, pp. 301-318.
- DIJ: RUIZ SOLDEVILLA, V. (1995). *Díjulos y motes catones*. Autol: Ayuntamiento de Autol.
- DLC: GONZÁLEZ BACHILLER, F. (1985): «De léxico cerverano», *Piedralén*, Cervera del Río Alhama (La Rioja).
- DLC: MARTÍNEZ SAN CELEDONIO, M. (1980). *Diccionario de la lengua calahorrana*. Calahorra: Autor Editor.
- DLE: *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, Espasa-Calpe, 2014, 23ª.
- DP: OCHOA GARCÍA, J. J., "Diccionario popular calahorrano", *Eco del Cidacos*, Calahorra, 14-1-1978 - 27-5-1978.
- DTM: Real Academia Nacional de Medicina de España. (2012). *Diccionario de términos médicos (DTM)*. Médica Panamericana. Obtenido de <https://www.ranm.es/terminolog%C3%ADa-m%C3%A9dica/diccionario-panhispanico-de-terminos-medicos.html>
- DVA: BORAJO, J. (2009[1908]). *Diccionario de voces aragonesas*. Valladolid: MAXTOR.
- DVR: MARTINEZ EZQUERRO, A. (2004). *Diccionario de voces riojanas*. Nueva Rioja S.A.
- EA: VICUÑA RUIZ, F. J. (1997): «Notas etnográficas de Aldeanueva de Ebro», *Berceo*, 93,223-250.

- EAP: SOLANO ANTOÑANZAS, J. M.<sup>a</sup> (1987): *Etnología de las localidades de Antoñanzas y Peroblasco*, Lodosa (Navarra), Imprenta Ezquerro, 1987.
- ECV: SOLANO ANTOÑANZAS, J. M.<sup>a</sup> (1969): *Etnología de la villa de Cornago y Valdeperillo*. Calahorra, Gutenberg.
- EP: SOLANO ANTOÑANZAS, J. M.<sup>a</sup> (1965): *Etnología de la Villa de Pradejón*. Calahorra, Gutenberg.
- ER: SOLANO ANTOÑANZAS, José. M.<sup>a</sup> (1963): *Etnología de Rincón de Olivedo o Las Casas*. Calahorra, Gutenberg.
- EV: SOLANO ANTOÑANZAS, J. M.<sup>a</sup> (1966): *Etnología de Los Valverdes de Cervera del Río Alhama (Rioja) y de Tarazona (Aragón)*, Calahorra, Gutenberg.
- FC: GONZÁLEZ BACHILLER, F. (1987): «Fonética cerverana», *Piedralén*, Cervera del Río Alhama (La Rioja).
- FM: GARCÍA TURZA, C. (1992): «El léxico de la flora en Matute (La Rioja)», *Berceo*, 123, Logroño, IER, pp. 9-29.
- FVO: MERINO URRUTIA, J.J.B. (1949): *El folklore en el Valle de Ojacastro*, Logroño, IER.
- GDAS: CARBONELL BASSET, D. (2000). *Gran diccionario del argot el soez*. Barcelona: Larousse.
- GR: AYALA, C., BLANCO, O., DE MELCHOR, R., ELÍAS, L. V, GIRO, J., INCHAURRALDE, F. y VILLENA, M<sup>a</sup> DEL M. (1991): *Grañón: Estudio Etnográfico*, Asociación de Amigos de la Ermita de Carrasquedo, Logroño.
- HA: ECHAIDE, Ana M.<sup>a</sup> y SARALEGUI, C. (1972): *El habla de Anguiano*, Logroño, IER.
- HB: GONZÁLEZ OLLÉ, F. (1964). *El habla de la Bureba. Introducción al castellano actual de Burgos*. Madrid: RFE.
- HC: YRAVEDRA, L. (1946): «El habla de Cervera de Río Alhama», *Berceo*, 1, Logroño, IER, 1946, pp. 143-145.
- HCN: GONZÁLEZ BACHILLER, F. (1984): «El habla cerverana y el navarro-aragonés». *Piedralén*, Cervera del Río Alhama (La Rioja), 1984.
- HE: PASTOR BLANCO, M.<sup>a</sup>, *El habla de Entrena (La Rioja)*, Logroño, 2002.
- HL: LÁZARO NISO, R., *El habla de Luezas (La Rioja)*, Logroño, 2002.
- HR: PASTOR BLANCO, J. M.<sup>a</sup>, *Nuevos materiales para el estudio del léxico de las hablas riojanas*, Logroño, 2004.

- HRA: SÁNCHEZ GONZÁLEZ DE HERRERO, M.<sup>a</sup> Nieves. (1977): «El habla de la Rioja alavesa». *Boletín de la Institución Sancho el Sabio*. vol. 21, p. 143-231
- HRB: ASENSIO GARCÍA, J. y GÓMEZ VILLAR, R. (2009): *Las hablas de la Rioja Burgalesa*.
- HRI: GONZÁLEZ BACHILLER, F. (2002): *Hablar riojano. Comentarios sobre voces riojanas*, Radio Rioja-Caja Navarra, Logroño.
- HS: GARCÍA DE DIEGO, V. (1951): «El habla de Soria. Su fichero léxico», *Celtiberia*, 1, Soria, pp. 31-50.
- HSN: MANGADO MARTÍNEZ, J. J. (2001). *El habla de Sartaguda (Navarra)*.
- HVJ: PASTOR BLANCO, J. M.<sup>a</sup>, GONZÁLEZ SARASA, S., LÁZARO NISO, R., ROBRES MEDEL, Ó. y TERROBA REINARES, A. R. (2004): *El habla del valle del Jubera*, Logroño.
- HVR: PASTOR BLANCO, J. M.<sup>a</sup>. (2001): *El habla de los valles riojanos de Canales, del Brieva y del Urbión*, Gobierno de la Rioja, IER, Logroño.
- LA: CABEZÓN RODRÍGUEZ, J. (2002): *El léxico de Anguiano*, Logroño.
- LAI: LALINDE GONZÁLEZ, J.Á. (2008): *El léxico de Aguilar del Río Alhama e Inestrillas*, Monte Carmelo, Burgos.
- LAL: MANGADO MARTÍNEZ, J. J. y PONCE DE LEÓN ELIZONDO, A. (2007): *El léxico específico de Alberite*, Universidad de La Rioja-IER-Ayuntamiento de Alberite-Fundación Dinastía Vivanco, Logroño.
- LCC: GONZÁLEZ BACHILLER, F. (2015). *El léxico característico de Cervera del Río Alhama*. Logroño: IER.
- LCER: SAN BALDOMERO ÚCAR, J.M. (2003): *Léxico de Cervera del Río Alhama*, Logroño.
- LFM: GARCÍA TURZA, C. (1992). El léxico de la flora en Matute (La Rioja). *Berceo*(123), 9-29.
- LO: MARTÍNEZ-LAGOS GALLEGO, S. (2007). La lengua viva de Oyón a través de sus útiles tradicionales. *Interlingüística*(17), 718-726. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2317653.pdf>.
- LRM: MONTOYA JIMENEZ, J. R., & GABARRI VIERA, I. (2010). *La lengua romaní en España desde el siglo XVIII hasta nuestros días*. Madrid-Logroño.
- ML: GARCÍA TURZA, C. (1975). *Matute y su léxico I. Labores agrícolas*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos.

- NAV: SARALEGUI, C., y TABERNERO, C. (2001). *Navarrismos en el Diccionario de la Real Academia Española*. Pamplona: Institución Príncipe de Viana (Gobierno de Navarra).
- NDEA: PARDO ASSO, J. (1938). *Nuevo diccionario etimológico aragonés*. Zaragoza: Imprenta del Hogar Pignatelli.
- Su léxico específico*. Pamplona: Gobierno de Navarra / Ayuntamiento de Sartaguda / Caja de Navarra.
- VA: BARÁIBAR Y ZUMÁRRAGA, F. (1903). *Vocabulario de palabras usadas en Álava (y no incluidas en el DLE 13.<sup>a</sup> ed.)*. Madrid: Establecimiento tipográfico de Jaime Ratés.
- VALav: LÓPEZ DE GUEREÑU, G. (1958). *Voces alavesas*. Vitoria: Academia de la Lengua Vasca. Obtenido de [http://www.euskaltzaindia.eus/dok/iker\\_jagon\\_tegiak/32008.pdf](http://www.euskaltzaindia.eus/dok/iker_jagon_tegiak/32008.pdf)
- VN: IRIBARREN, J. M. (1984). *Vocabulario navarro*. Pamplona: Institución Príncipe de Viana.
- VR: GOICOCHEA, C. (1961). Vocabulario riojano. En *Anejo VI del BRAE*. Madrid.
- VS: REMÍREZ ARANZADI, G. (2018). *Vocabulario o glosario de términos y voces que conforman la expresión y el lenguaje de hombres y mujeres de la villa de Sorzano*. Logroño: Pisamar.





# Capítulo



El léxico popular de  
la urología en La  
Rioja



## 7.1. ESTADO DEL SER HUMANO

### 7.1.1. ‘ESTADO DE SALUD’

(buena/mala) *correa* *f. coloq.* ‘(buen/mal) estado de salud’.

Ej.: *No creas que hoy me he levantao con muy buena correa.*

En *DLE* (s. v.), además de en las acepciones más literales, figura con los valores de ‘flexibilidad y extensión de que es capaz una cosa correosa, como la miel o una rama verde’ (acép. 5) y ‘aguante, paciencia para soportar ciertos trabajos, bromas, burlas, etc.’ (acép. 6). Así también en *DUE* (s. v.), *tener correa* ‘cualidad de las personas por la que son capaces de aguantar sin enfadarse las bromas o burlas de otros’, o en *DEA* (s. v.), acép. 3 ‘flexibilidad o elasticidad’ y acép. 4 coloq. ‘aguante o paciencia, esp. para las bromas’; ‘aguante o resistencia’.

En *DA* (s. v.), se incluye la expresión *buena (o mala) correa* ‘buen temple, buena disposición y ánimo para hacer algo (o para no hacerlo)’.

En *CHLR* (s. v.), se incluyen 4 acepciones (en *TLHR* no figura la 4.<sup>a</sup>, que es la que aquí interesa): 1. *f.* ‘agilidad’ [VA: Arnedo; HE: Entrena; LAI: Alberite]; 2. ‘fuerza, vigor’ [DP: Calahorra; LAI: Aguilar del Río Alhama, Inestrillas; COST: San Vicente de la Sonsierra; VOC: Redecilla del camino; TEV: Santurde de Rioja]; 3. ‘estado de ánimo’. *Quien bebe y trasnocha mucho se levanta con mala correa pa trabajar.* [HR: Anguiano; RI: Ausejo, Cenicero, El Villar de Arnedo, San Asensio, Tudelilla; VOC: Santurde de Rioja; VC: Calahorra; VA: Arnedo; VO: Cuenca Alta del Río Oja; HE: Entrena; LAI: Alberite]; 4. ‘estado de salud’ [HE: Entrena; LAI: Alberite].

Por tanto, con el significado de ‘estado de salud’, parece un riojanismo exclusivo.

Aparentemente, la acepción figurada de *buena/mala correa* como ‘disposición anímica’, la más frecuente en La Rioja, y atestiguada también en aragonés, es la que podría haber originado el significado de nuestra expresión aplicada a la salud, ya que la causa de tener o no ánimo para hacer algo puede hallarse en la buena o mala salud de que se goce en un determinado momento. Otra cuestión es la procedencia del uso figurado ‘estado del ánimo’ a partir del significado literal del sustantivo *correa*.

En *DCECH* (s. v.) no se ha encontrado nada relativo al estado de salud.

### 7.1.2. ‘SANO’

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Nueva York, 1946), se define la *salud* como: «es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

**argente** *adj.* ‘con aspecto saludable’. Usado como atributo del verbo *estar*.

Ej.: *Desde hace unos días, está más argente.*

En *DLE* (s. v.), se recoge el mismo significante como sustantivo masculino desusado con el significado de ‘plata’.

En CORDE se documentan casos de la voz empleada como adjetivo, con el significado de ‘brillante’ («*E la espuma de plata argente que non echen njnguna cosa della*» [1509, Anónimo, *Traducción del Tratado de cirugía de Tedrico*]) o ‘plateado’ («*la gallega, los cichos de ojos azules y de distintas especies; el bocachico de argente brillo*» [1938, Buitrago, Jaime, *Pescadores del Magdalena*]).

Riojanismo exclusivo testimoniado solo en Enciso. No figura en diccionarios dialectales, ni siquiera del riojano.

La etimología de la voz no es clara. La palabra *argente* se usa mayoritariamente como sustantivo castellanizado del préstamo fr., oc. o cat. *argent* (*DCECH*, s. v.), ya presente —este último— en Berceo («Non avemos dineros, nin oro nin *argent*», *VSD* 364a). No obstante, algunos ejemplos históricos como los aducidos arriba atestiguan el uso de la voz como adjetivo, con el significado de ‘argéteo’. Quizá este empleo explique el significado figurado de nuestra palabra (lucir brillante, esplendoroso = estar sano). Acaso haya influido en su procedencia formal, tras una confusión de líquidas, el adjetivo culto y poético *algente* ‘álgido, muy frío’ («Desnudo al látigo de la ventisca *algente*» [1988, Domínguez Hidalgo, Antonio, *Último amor*], *apud* CREA), pero en ese caso, el significado parece alejarse del empleado en nuestro testimonio.

**catolicano, a** *adj. coloq.* ‘sano, a’. Usado normalmente como atributo del verbo *estar*, tras adverbio o partícula negativa y precedido de adverbio cuantificativo.

Ej.: *Hoy no estoy muy catolicano. Parece que me quiere doler la cabeza.*

En *CHLR* (s. v.), *adj.* ‘católico’ (|| Dícese de la persona que se encuentra bien de salud). [HR: Cenicero]. No testimoniado en otras obras lexicográficas del riojano ni de otros dialectos.

Derivado de *católico*, *ca*, usado en el mismo contexto antedicho, en su acepción coloquial de ‘sano, en buen estado de salud’ (*DLE*, s. v.), mediante el sufijo de procedencia, pertenencia o adscripción *-ano, na* (comp. *cristiano, anglicano, luterano, galicano...*).

No hallamos la explicación de la voz *católico* como ‘sano’ en *DCECH*, a pesar de que en el *Quijote* se atestigua dos veces el empleo de este adjetivo en relación con la salud, el primero de los cuales juzgamos de relevancia etimológica para la expresión: «Tentóse todo el cuerpo, y recogió el aliento, por ver si estaba sano o agujereado por alguna parte; y, viéndose bueno, entero y *católico* de salud, no se hartaba de dar gracias a Dios Nuestro Señor de la merced que le había hecho» (II, LV); «Quedó molido Sancho, espantado don Quijote, aporreado el rucio y no muy *católico* Rocinante» (II, LVIII). Según Lamberti (2014, p. 410), este uso quizá esté restringido a la época posterior a la Reforma protestante y expone el sentido figurado así: «Si los reformados están en el error y los católicos en la verdad, por consecuencia “católico” es todo lo correcto, también en ámbito de salud». En *Covarrubias* (s. v.), se lee: «Por alusión dezimos de alguno, que no tiene entera salud, o no está intencionado a nuestro proposito; no estar catolico, por no estar sano, o constante». Asimismo, el *Diccionario de Autoridades* (s. v. *catolico*) refleja que «Se toma tambien por perfecto, sano y cabal. Es término del vulgo, ò usado en conversacion familiar».

En cualquier caso, en nuestra opinión, ideológicamente hablando, este uso podría encontrar sus raíces más remotas en la honda y antigua relación dada entre la falta de salud física y el pecado. Como mencionamos en el cap. 1, desde la cultura asirio-babilónica, la enfermedad podía explicarse como castigo divino o expresión del pecado, pensamiento que se perpetúa también en mundo judío y cristiano. En relación con el Nuevo Testamento, afirma Haag (1981, p. 90):

«los demonios salen sobre todo como espíritus de enfermedades, es decir, como poderes que causan la enfermedad en los hombres y les dañan primariamente en el terreno físico. [...] El demonio “entra en el hombre” (Lc 8, 30), en enfermo “tiene” un demonio (Mt 11, 18; Lc 7, 33), en la curación, “el demonio sale” (Mt 17, 18 y *passim*) o es “echado fuera” (Mt 8, 31)».

### 7.1.3. ‘CAMBIO EN LA SALUD’

Entendemos habitualmente como cambio en la salud al hecho de pasar de estar *sano* a estar *enfermo*. Su presentación puede ser de forma brusca o lenta y progresiva.

**dimuda** *f.* ‘cambio en la salud’.

Ej.: —¿*Qué tal estas Andrés?* —*¡No estoy mal, pero llevo unos días de dimuda!*

Usado como sustantivo, y con esa acepción, exclusivamente en La Rioja: en *CHLR* (s. v. *dimuda*) *f.* ‘cambio en la salud de una persona’ [VOC: Santurde de Rioja; VO: Valle del Oja]. En *HB*, se registra el verbo *dimudar*: Santa María ‘cambiar el tiempo’.

Se trata de un sustantivo con alteración de la vocal palatal desde *demuda*, forma deverbal de *demudar*. En *DCECH* (s. v. *mudar*), se refleja este verbo como derivado de *mudar*, si bien el *DLE* (s. v. *demudar*) propone una etimología más culta (lat. DEMUTARE). El primer testimonio en nuestra lengua es de Berceo (*VSD*, 188c; y *passim*): «mas era de tal guisa demudado el viento, que fascas non avién ningún sostenimiento».

### 7.1.4. ‘ENFERMO’

Por estar enfermo (del lat. *Infirmus*) se entiende el padecer una enfermedad lo que consiste en haber perdido su bienestar físico, mental y o/ social debido a una alteración estructural o funcional del organismo que origina la pérdida de la salud. Puede presentarse de una forma leve o grave y en lo referente a su duración puede ser pasajera o crónica. Sinónimo coloquial es estar malo. (*DTM*) (*DLE*)

**fruñido, a** *adj.* ‘indispuesto, a’.

Ej.: —*¡Hace tiempo que no te veía! ¿Qué tal estás?* —*¡Estoy fruñida, no me encuentro bien!*

No se recoge en otros dialectos, salvo en riojano (*CHLR*, s. v.), con el mismo significado [COST: San Vicente de la Sonsierra].

En el español de Cuba, la voz coloquial *fuñido* (*DLE*, s. v.) designa al ‘raquítico, fuñingue’. Sin embargo, vemos más probable el parentesco de nuestra voz con el francés (*re*)*frogner* y *froncer* ‘fruncir el ceño’. En La Rioja, el verbo *fruñir* se atestigua

con el valor de ‘fastidiar’, a partir del cual es fácil llegar al significado que aquí se recoge.

**fulero, a** *adj.* ‘indispuesto, a’.

Ej.: *¡Mi hermano ha pasado el coronavirus hace veinte días y todavía está fulero!*

Usado habitualmente como atributo del verbo *estar*.

Es voz general con el significado de ‘falso, embustero, charlatán’, y así lo recogen el *DLE*, *DUE* y *DEA* (s. v.), pero no figura con nuestra acepción.

Con esta acepción, no se recoge en ningún diccionario dialectal.

De origen incierto. En el *DCECH* (s. v. *fullero*), se advierte que *fullero* y *fulero* podrían tener un origen común, a través del portugués, si bien la inexistencia de un port. *fulheiro* pone en tela de juicio esta hipótesis. El *DLE*, en cambio, hace derivar *fulero* de *ful*. De *ful*, precisamente, atestigua el *DCECH* (s. v. *fullero*) su significado de ‘malo (hablando de la salud)’.

**no valer tenerse** *loc. verb.* ‘encontrarse mal’.

Ej.: *Mire, doctor, llevo unos días que no valgo tenerme.*

No figura en los diccionarios usuales de español. En *DUE* (s. v. *tener*), se señala la expresión *no poder tenerse* ‘estar muy cansado’.

La locución no figura en ninguno de los repertorios lexicográficos dialectales. Sin embargo, para Soria, el *DAS* (s. v. *valer*) indica el uso de *valer* como ‘poder’ y en él se afirma que son muy comunes expresiones como *no valgo dormir* o *no valgo levantarme*. Para este empleo junto a infinitivos, es posible pensar que, en su origen, debía de haber una preposición de finalidad *a/para* entre ambas formas verbales (*no valgo [a/para] dormir*).

Por supuesto, *tenerse* es ‘mantenerse en pie’, de acuerdo con un empleo general en la lengua española. En este caso, la causa para no hacerlo es la propia falta de salud.

**tener mala vela** *loc. verb.* ‘encontrarse mal’.

Ej.: *Ayer tenía mala vela, pero hoy me encuentro mejor.*

En *CHLR* (s. v. *tener*), ‘carecer de salud’ [PC: Los Cameros; HE: Entrena]. No se halla en otras obras lexicográficas dialectales.

La locución podría haberse propagado desde un empleo aplicado a los animales enfermos. En Elías y Muntión (1989, p. 102), se explica que, para indicar que los

animales se encuentran enfermos, los pastores de los Cameros emplean las siguientes expresiones: *tienen mal pelo*, *poca sangre*, *están dañadas* o *tienen mala vela*. Hallamos una posible explicación de la vela de los animales en Hidalgo y Terrón ([1889, *Obra completa de equitación*], *apud* CDHLE): «Vela.— Forma de poner el caballo las orejas; así se dice tiene buena o mala vela, según la colocación en que las lleva».

Según García-Borrón (2015, p. 75), la expresión *tener buena/mala vela* ‘tener buen o mal aspecto’ aludía en su origen al aspecto de las velas de las embarcaciones, de acuerdo con el cual eran más o menos de fiar. Pero nótese que, en este caso, la buena o mala vela parece señalar las buenas o malas intenciones de alguien de acuerdo con su apariencia externa. Así lo hallamos documentado en un diario del siglo XIX: «Iban á jugar varios amigos á la malilla en Ronda, y un cura, con muy mala vela, dijo al ver que se preparaba á tomar parte en el juego un joven enfermo: “¿cómo! ¿también va á jugar ese tísico?”» ([*El Motín*, 05/08/1886, n.º 31, p. 3], *apud* *Hemeroteca Digital*).



## 7.2. DURACIÓN DE UNA ENFERMEDAD

### 7.2.1. ‘ATAQUE QUE DURA POCO’

Cada enfermedad concreta, con sus síntomas y signos, se manifiesta de acuerdo con un esquema temporoespacial determinado, que obedece a una causa concreta y que se manifiesta de modo similar en sujetos diferentes y por lo tanto su duración.

El término encontrado por nuestros encuestadores para definir que la enfermedad es de corta duración es el siguiente, siendo sinónimo de acceso.

**soliquitiponcio** *m. coloq.* ‘indisposición pasajera’.

Ej.: *Ayer me dio un soliquitiponcio y no me recuperé hasta la noche.*

No figura en los diccionario generales de uso, pero sí el coloquialismo del que procede: *soponcio* ‘desmayo, congoja’ (*DLE*, s. v.), ‘cualquier indisposición debida a una emoción fuerte’ (*DUE*, s. v.), ‘indisposición repentina’, ‘disgusto grave causado por una fuerte impresión’ (*DEA*, s. v.).

En *VR* (s. v.), *soliquitiponcio* se define como ‘desvanecimiento o cualquier otro ataque que sobreviene de improviso y dura poco’ [Arnedo].

Se trata, como hemos advertido, de una creación expresiva a partir de la palabra *soponcio*, cruce, a su vez de *sopetón* y el salmantino *arreponcio* (*DCECH*, s. v.).

### 7.2.2. ‘ENFERMEDAD PROLONGADA’

Entendemos por enfermedad prolongada, de carácter leve o grave, a la que se perpetúa en el tiempo. Conocida también como *enfermedad crónica*.

**zamacuco** *m.* ‘enfermedad prolongada’.

Ej. *¡Desde que le pegó el zamacuco al tío, ya no menea el brazo!*

En los diccionarios usuales de español se identifica principalmente con personas y nunca con una enfermedad. Así, en *DLE* (s. v.): «1. m. y f. coloq. Persona tonta, torpe y abrutada; 2. m. y f. coloq. Persona que, callándose o simulando torpeza, hace su voluntad o lo que le conviene». El *DLE* y *DUE*, además, incluyen el uso coloquial de esta voz con el significado de ‘borrachera’.

No se registra en ninguna obra de dialectología con esta acepción.

Es especialmente relevante este empleo coloquial por cuanto constituye la fase fonético-semántica intermedia entre *zamacuco* y *jamacuco* ‘indisposición pasajera’. Esta última voz, según el *DLE* (s. v.), procede de *zamacuco*. Acaso, el valor de ‘indisposición’ de *jamacuco* guarde relación con el estado de embriaguez de *zamacuco*.

**zamarrada** *f.* ‘enfermedad prolongada’.

Ej.: *La zamarrada que tenía el vecino, al final, resultó ser una tuberculosis.*

El *DLE* (s. v.) incluye esta voz como riojanismo, con el significado de ‘enfermedad larga y de cuidado’. Figura en el diccionario académico desde el *DRAE* (1925), que incluye también la marca de navarrismo. Esta última solo se recoge hasta el *DRAE* (1992). En *DUE*, aparece solo como riojanismo. No en *DEA*.

Saralegui (2001, p. 253) refiere que no la documenta en La Rioja y sí en Navarra, Álava y Aragón, con el significado de ‘enfermedad fuerte, pero pasajera’. En *VN* (s. v.) se recoge en este mismo valor, localizado en Tabar.

En *CHLR* (s. v.), la *zamarrada* se define como ‘enfermedad larga y de cuidado’ [RI: Cordovín].

Derivado de *zamarra*, mediante el sufijo *-ada*. En *DCECH* (s. v. *zamarra*), se advierte que en Beira Alta (Portugal), «*samarreira* ‘bronquitis’, *ensamarrado* ‘persona que sufre de coriza’, Leite de V[asconcellos], *l. c.*, propiamente el que por esta causa anda envuelto en pieles». Acaso, esta explicación pudiera aplicarse a nuestra *zamarrada*. Sin embargo, la selección del sufijo *-ada*, que en este contexto añade el valor de ‘golpe’ (comp. *plomada*, *lanzada*, *aguijada*, *cuchillada*, *bastonada*, *bofetada*, etc.; Pharies, 2002, s. v. *-ada*), nos lleva a pensar que el efecto producido por la enfermedad se sufre por el paciente como tal. En Navarra y Aragón, *zamarrada* es un ‘golpe dado por un palo o correa’ (*VN*; *DA*).

*Cf. zamarrón.*

**zamarrón** *m.* ‘enfermedad prolongada’.

Ej.: *El zamarrón que tenía el vecino, al final, resultó ser una tuberculosis.*

No se recoge con este significado en otros dialectos.

En *VR* (s. v.), ‘zamarrazo’ (|| Enfermedad prolongada y de mucho cuidado, de la que sale malparado el enfermo) [Arnedo]. *Con el zamarrazo que cogió el último invierno ya no vale para ir al campo.*

Derivado de *zamarra*, mediante el aumentativo *-ón*, que también agrega el valor de ‘golpe’, como en *pescozón*, *gaznatón*, *cachetón*, *bofetón*, *coscorrón*, etc. (Pharies, 2002, s. v. *-ón*).

*Cf. zamarrada.*

### 7.3. EXPLORARACIÓN

Por explorar (del lat. *Explorāre*) se entiende en medicina examinar o reconocer a un paciente con fines diagnósticos (*DLE*)

El *DTM* enumera las maniobras que se realizan, consistentes en inspeccionar, palpar, percudir y auscultar a un paciente con fines diagnósticos. Sinónimos: examinar, reconocer.

Para realizar dichas exploraciones el paciente debe de adoptar una serie de posturas.

#### 7.3.1. ‘COLOCACIÓN DEL PACIENTE’

**de memoria** *loc. adv.* ‘en decúbito supino, boca arriba’.

Ej.: *¿Cómo me pongo? ¿De memoria?*

En *DLE* (s. v. *memoria*), figura, en la tercera acepción de la locución, el empleo rural en Aragón con el valor aquí recogido.

En Aragón, Borao la incluye en su *DVA* (s. v. *memoria*), con los verbos *caer* o *dormir*, y Pardo en su *NDEA*, con los verbos *estar* o *caer*. También aparece en *ALEARN* (mapa 1213: *Caer de espalda*). Gargallo Gil (2004, p. 228) da testimonio de su empleo también en el Rincón de Ademuz (Valencia, en frontera con Teruel), con todos los verbos mencionados. Marín Royo (p. 216), por su parte, la localiza en la Ribera de Navarra.

No se había recogido previamente en otras obras relativas al riojano.

Se trata de una expresión antigua, aparentemente de mayor extensión geográfica que en la actualidad, ya presente en el *Diccionario de Autoridades* (s. v. *memoria*, *apud NTLLE*): «En los Réinos de Aragon, Valencia y Murcia vale lo mismo que boca arriba: y assi dicen Caer de memoria, dormir de memoria». Acaso la locución, especialmente en *dormir de memoria*, cobre su sentido original a partir de la acepción del sustantivo como ‘monumento que queda a la posteridad, para recuerdo o gloria de alguna cosa’, como figura en la misma obra académica, y es que los personajes yacentes de los monumentos están normalmente boca arriba.

### 7.3.2. ‘AUSCULTAR’

La *auscultación* es uno de los métodos físicos del examen observados por la semiología clásica, junto a la *inspección*, *palpación* y *percusión*. Fue introducido por el médico francés Laenec en 1819 (Woves, 1972, p. 266).

*Auscultar* en *DLE* (s. v.) es ‘aplicar el oído a la pared torácica o abdominal, con instrumentos adecuados o sin ellos, a fin de explorar los sonidos o ruidos normales o patológicos producidos en los órganos que las cavidades del pecho o vientre contienen’. El *DTM* (s. v.), a su vez, define el verbo como ‘escuchar y analizar los ruidos internos del organismo, generalmente de forma mediata, usando un estetoscopio. Suele realizarse para examinar los aparatos cardiovascular, respiratorio y digestivo, así como, en el embarazo, para oír el latido fetal’.

Existen ruidos en el cuerpo humano audibles sin necesidad de instrumentos. Otros ruidos, en cambio, precisan que el oído del explorador se acerque a la pared abdominal o torácica, o que intermedie entre ambos un instrumento que los amplíe, como el *estetoscopio* (Fotografía 19) o el *fonendoscopio*.



Fotografía 19. Estetoscopio original de Rene Laennec. Fuente: <http://www.galenusrevista.com/Rene-Laennec-1781-1826.html>

En la actualidad, el estetoscopio está dejando de ser utilizado por ser un instrumento rígido y que precisa acercarse al paciente para su utilización. Los últimos especialistas en utilizarlo han sido los ginecólogos.

#### **aoscultar** *tr.* ‘auscultar’

Ej.: *Cuando me aoscultaron, me dijeron que tenía un soplo o no sé qué en el corazón.*  
No se recoge en ningún diccionario dialectológico, ni de La Rioja ni de fuera de ella.  
Variante fonética de *auscultar*. Podría tratarse de una forma que, por fonosintaxis,

incorpora la preposición *a* al verbo \**oscular*: *Me va a auscultar* > *Me va a oscultar* > *Me va a aoscultar*.

*Cf. escuchar y oscultar.*

**echar las gomas** *loc. verb. coloq.* ‘auscultar’.

Ej.: *El otro día le echaron las gomas a mi abuela porque tosía mucho.*

En CORDE, hay un testimonio de *gomas* con el valor de ‘fonendoscopio’: «Descubrió el pecho. Aplicó el fonendoscopio. Allí estaban los mordiscos de las ratoncitas. El corazón latía desde lejos. Levantó las *gomas*. Se quedó quieto» [1961, Martín-Santos, Luis, *Tiempo de silencio*]; También en CREA hay un ejemplo análogo: «que está muy frío y que tiene unos cordones o unas *gomas* por donde el médico escucha mientras te hace repetir [...]» [1991, Mendicutti, Eduardo, *El palomo cojo*]

No se recoge en ningún diccionario dialectal, ni de La Rioja ni de fuera de ella.

Hace referencia esta locución a la acción de utilizar el fonendoscopio. Las *gomas* son los dos tubos de dicho material que enlazan la boquilla que se aplica a la piel con los auriculares (Fotografía 20).

El *fonendoscopio* sigue empleándose en la actualidad y no existe un médico internista que no lo lleve en el bolsillo de su bata e incluso colgado al cuello. No obstante, el fonendoscopio está perdiendo protagonismo como utensilio fundamental debido a que las actuales exploraciones sonoecográficas son más fiables y específicas. A pesar de ello, siguen como elemento esencial en la primera toma de contacto exploratorio.

En la jerga médica se utiliza con frecuencia el acortamiento *fonendo*.



Fotografía 20. Fonendoscopio actual. Fuente: [https://m.media-amazon.com/images/I/4101GCET4GL.\\_AC\\_SX355\\_.jpg](https://m.media-amazon.com/images/I/4101GCET4GL._AC_SX355_.jpg)

**escultar** *tr.* ‘auscultar’.

Ej.: *¡Cuando me escultaban, me dijeron: «di treinta y tres»; y luego tuve que toser muchas veces!*

No se recoge en ningún diccionario dialectológico, ni de La Rioja ni de fuera de ella. (ALEANR, 1707).

Voz resultante de un cruce entre *auscultar* y *escuchar*.

*Cf. aoscultar* y *oscultar*.

**oscultar** *tr.* ‘auscultar’.

Ej.: *Como no se me iba la tos, me tuvieron que oscultar.*

En CORPES XXI, hay tres testimonios. Uno de ellos, con el significado aquí recogido: «¡De ninguna manera! -exclama volviendo a taparla-. Esto es un convento de monjas. La osculta usted con el hábito puesto» [2004, Sanchez-Andrade, Cristina, *Ya no pisa la tierra tu rey*]. Los otros dos se localizan en América y su valor es diferente. Así, en un caso, el verbo equivale a ‘explorar mediante el tacto’: «El Residente y la enfermera ayudan a Cleo a acostarse en la cama de ginecología. La Doctora Vélez la esculta por encima de la panza. -DOCTORA VÉLEZ: Cheque dilatación. El RESIDENTE osculta a Cleo y dictamina. -RESIDENTE: Siete u ocho centímetros» [2016, Cuarón, Alfonso, *ROMA.*]; en el otro caso, se usa como ‘observar atentamente’: «[...] clavó sus asustados ojos muy abiertos en su hermano. Domingo Fortunato la oscultaba con la mirada, ella sintió miedo» [2002, Castillo García, Rafael: *Compost. Caminos prohibidos*].

No se recoge en ningún diccionario dialectal, ni de La Rioja ni de fuera de ella.

La forma es una solución reductora del diptongo *au-* en *o-*. No ha de pensarse en una evolución semipatrimonial por razones obvias. Además, no hay documentación anterior al siglo XXI.

*Cf. aoscultar* y *escultar*.

## 7.4. ZONAS ANATÓMICAS DE INTERÉS

### 7.4.1. ‘VIENTRE’

El vientre (abdomen) debe ser explorado en todo paciente urológico, y puede ser normal, lo cual aporta poca información, o puede estar hinchado, bien por una retención aguda de orina (RAO) (Fotografía 21), que es lo más habitual dentro de nuestra especialidad, bien por un tumor renal (Fotografía 22) o un quiste del uraco (Edwin, 2005, p. 2388).

La RAO suele estar provocada, en la mayoría de los casos, por la obstrucción del adenoma de próstata, pero existen casos insólitos como el descrito por Parsons en el *Tratado médico-quirúrgico de las enfermedades de las vías de la orina* de Juan Naval en 1799 (Naval, 2009[1799], pp. 54-55):

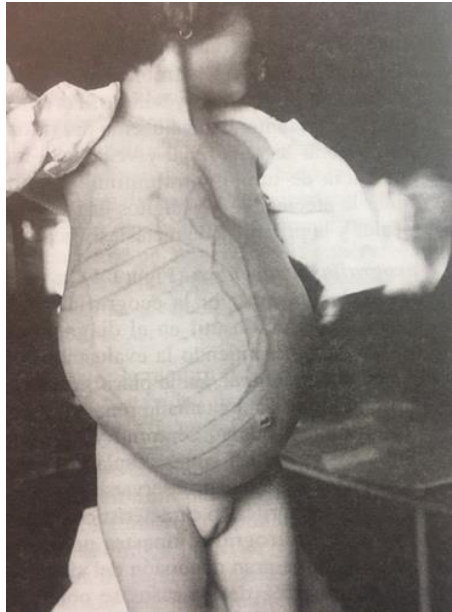
«Una doncella de diez y siete años de edad no tenía el himen perforado, y la sangre menstrual de muchos meses se había recogido en la vagina, hasta que aumentó tanto el volumen, que comprimió la uretra contra el hueso pubis, y de este modo causó una total retención de orina... sin otra incomodidad que un frecuente deseo de orinar; con todo eso la magnitud de su vientre hizo recelar a los ignorantes que cuidaba de esta paciente que estaba en cinta...».

O el caso clínico citado por Octavio Arango (2004, pp. 53-55) de una niña de trece años que presenta un hematocolpos, que debuta con RAO de doce horas de evolución y a la que, en su exploración física, se confirma la existencia de un globo vesical que llega hasta el ombligo, además de un himen imperforado, de color azulado, que abomba hacia afuera.





Fotografía 21. Globo vesical por RAO. Fuente: Del Caño y Ortells (2013)



Fotografía 22. Tumor de Wilms. Fuente: Matías García, 1998, p. 179.

**bamborra** *f. aum. pey. o coloq.* ‘vientre abultado’.

Ej.: *A ver si me operan rápido para quitarme esta bamborra que tengo.*

No se recoge en los diccionarios generales de uso del español ni tampoco en los dialectales.

Acaso se trate de un derivado del catalanismo *bamba* ‘bollo redondo relleno de crema, nata, etc.’ (*DLE*, s. v.), mediante el sufijo aumentativo y despectivo o coloquial *-orra*. Cf. *DCECH* (s. v. *bamba* y *bamboche*).

**ombrigada** *f. aum. pey. o coloq.* ‘vientre abultado’.

Ej.: *A ver si me operan rápido para quitarme esta ombrigada que tengo.*

Derivado del popular *ombrigo* (cf. *supra*), mediante el sufijo *-ada*.

El *DLE* (s. v. *-ada*), señala en su 6.<sup>a</sup> acepción que se trata de un suf. que ‘forma sustantivos derivados de otros sustantivos que señalan abundancia o exceso’ (*riada*, *panzada*).

No lo testimonia ninguna obra de dialectología.

**tripa (de) cucharón** *f. pey. o coloq.* ‘vientre abultado’.

Ej.: *A ver si intentamos que coma menos el hijo, que se le está poniendo tripa de cucharón.*

La expresión no figura en ninguna obra lexicográfica. ya sea del español en general.

El *DA* (s. v. *renacuajo*) recoge la forma *cucharón* como ‘renacuajo, embrión de la rana’, que localiza en Bajo Aragón y en Murillo de Gállego, embrión de la rana.

En *CHLR* (s. v. *cucharón*), se indica este significado y se señala su uso en La Rioja [VR: Alesanco, Nájera; HE: Entrena; ATO: El Villar de Arnedo; LAI: Alberite; TEV: Santurde de Rioja]. Ya en *ALEANR* IV, 468: San Asensio, Logroño, Torrecilla en Cameros, El Villar de Arnedo y Lumbreras.

Hace referencia esta expresión al abultamiento de la tripa similar al de la fisionomía del renacuajo (*cuchareta*, *cucharón*) (Fotografía 23). Se trata de un recurso habitual que persigue establecer metafóricamente una equivalencia entre la tripa de algunos animales y la del ser humano. Similares expresiones son panza de burro o de vaca, etc.

*Cucharón* es un deriv. de *cuchara*, con un sufijo aumentativo. Alude a la similitud de la forma de esta con la del animal.



Fotografía 23. Cucharón ‘renacuajo’. Fuente: Ruiz Ara (2012)

**tripaza** *f. aum. pey. o coloq.* ‘vientre abultado’.

Ej.: *Como no le está bien ninguna camisa, tiene que ir con toda la tripaza enseñando.*

La palabra *tripaza* no está registrada en *DLE*, *DUE* ni *DEA*.

No se recoge en ninguna obra dialectal, ni del riojano ni de otras hablas.

Derivado de *tripa*, en el sentido de ‘barriga’, con el sufijo aumentativo y despectivo o coloquial *-aza*.

**triporra** *f. aum. pey. o coloq.* ‘vientre abultado’.

Ej.: *Como no le está bien ninguna camisa, tiene que ir con toda la triporra enseñando.*

El *DLE* (s. v. *-rro, rra*) señala que es un sufijo con valor diminutivo y despectivo y que toma las formas *-arro, -orro* y *-orrio* (*Guijarro. Vidorra. Villorrio*).

Aunque su uso es evidentemente peyorativo o coloquial, el sufijo *-orra* añade el matiz semántico de aumentativo. Así en *LAI* (s. v.): «*f. aum. pey. o fam. de tripa. ‘barriga prominente’*. Evidente derivado de *tripa*, en el sentido de ‘barriga’, con el sufijo despectivo-*orro/a*». Lo incluye el *CHLR* (s. v.).

**tripota** *f. aum. pey. o coloq.* ‘vientre abultado’.

Ej.: *Como no le está bien ninguna camisa, tiene que ir con toda la tripota enseñando.*

En CORPES XXI se atestiguan 2 casos, ambos americanos (Perú y México).

Incluimos el primero: «¡Qué “tripota”! ¡Qué poco te cuidas! ¡Y qué mata de pelos blancos!» (2008, Soto Power, Diana: «El nuevo milenio de Innocenzo»).

Lo recoge el *VN* (s. v.), como ‘aumentativo de tripa’. Carmen Saralegui (2001, p. 229), al definir el navarrismo *tripote* ‘morcilla’, apunta que *tripota* es una ‘tripa gruesa’ y localiza la voz en Garayoa.

No figura en obras del dialecto riojano.

Igualmente derivado de *tripa*, en el sentido de ‘barriga’, con el sufijo aumentativo y despectivo o coloquial *-ota*.

#### 7.4.2. ‘OMBLIGO’

Anatómicamente el ombligo es la cicatriz que se forma en la abertura por la que penetran al feto las arterias y venas umbilicales, mediante las cuales se alimenta, y que dejan de tener su fundamento en el momento del nacimiento. (Woves, 1972, p. 1180)

Encontramos una completa definición de esta voz en el *DTM* (s. v.):

«depresión cutánea con una cicatriz en su fondo localizada en el centro de la pared abdominal anterior, aproximadamente en la mitad de la línea media. Es la expresión de la obliteración, en los primeros días de vida extrauterina, del orificio de entrada del cordón umbilical al feto, cuando, después de seccionarlo en el nacimiento, el resto que queda en el recién nacido se momifica y se desprende. Aunque sus características varían mucho de una persona a otras, la depresión cutánea está limitada por un reborde y en el fondo la cicatriz umbilical forma una prominencia, llamada mamelón, que está separada del reborde umbilical por un surco. La zona deprimida carece de tejido celular subcutáneo, que es más o menos abundante en su periferia. A este nivel, la línea blanca forma un anillo fibroso al que se fijan, por arriba, el ligamento redondo del hígado (vestigio de la vena umbilical) y por abajo los restos de las arterias umbilicales y del *uraco*. Más profundamente, se encuentra una lámina fibrosa, una fina capa de tejido celular preperitoneal y el peritoneo».

**botón (salido/de la levita/de la risa) m. coloq.** ‘ombligo’.

Ej.: *Le gusta hacerle cosquillas en el botón de la risa.*

Los diccionarios generales del español incluyen bajo la voz *botón* el significado de ‘cosa con forma de botón’, que explica perfectamente el uso metafórico de nuestra palabra.

De CORPES XXI recogemos el siguiente ejemplo guatemalteco: «Estaba dispuesto hasta olvidarme del oscuro botón obsceno de su ombligo, a cambio de su presencia en una mitad de mi cama» [2001, Quezada, Roberto: *Los potros del recuerdo*].

No figura en otros dialectos y tampoco se había dado noticia de su empleo en La Rioja.

Junto a *botón*, aparecen algunos modificadores: así, *botón salido* y *botón de la levita*, semánticamente en la línea de *mojón* (cf. *supra*), por cuanto parecen denotar una hernia umbilical (Figura 15) y que tampoco figuran en ninguna obra lexicográfica, dialectológica ni de corpus; y *botón de la risa*, de carácter infantil, por las caricias y cosquillas con que se provoca la risa, normalmente a los bebés o a los niños pequeños (cf. *rin[rin]* y *timbre*).

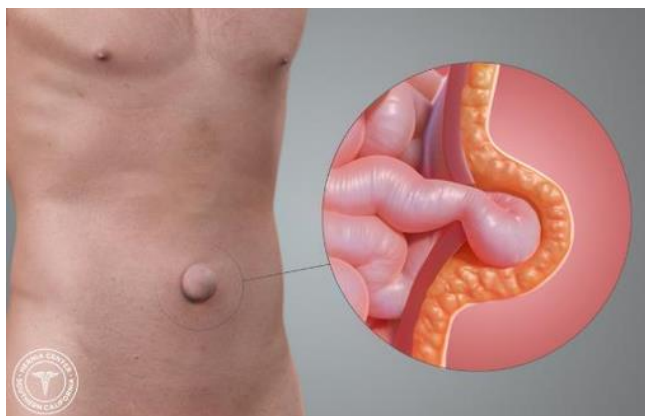


Figura 15. Hernia umbilical. Fuente: <https://www.iocir.com/hernia-umbilical/>

**cil** *m.* ‘ombligo’.

Ej.: *¿Has visto a la Alba? Va con todo el cil al aire.*

Se trata de un préstamo del vascuence *zil* ‘ombligo’ (Maldonado, 1965, p. 346), empleado en los dialectos vizcaíno, guipuzcoano y altonavarro (Michelena, s. v.). También designa en euskera el ‘miembro viril del hombre o animal’ (Azkue, s. v.).

Se recoge en Álava (*VA* y *VAlav.*, s. v.; este último lo localiza en Apellániz y Vitoria).

El *CHLR* la atestigua con el mismo valor [CVR: San Vicente de la Sonsierra; VOC: Badarán; GC: Castilseco, Galbárruli]. Previamente, el *VR* solo la ubicaba en la primera localidad.

Comenta Pastor Blanco (2009, p. 13) que se derivan de esta voz «los vocablos *cil* ‘chuca u hoyo de la taba’ –escuchado en Alesanco y Valgañón–, *cil* ‘posición de chuca en el juego de las tabas’ –apuntado en Alesanco, Ezcaray y Valgañón–, y *cilapo* ‘ombligo’ –vivo en San Vicente de la Sonsierra–».

*Cf. infra.*

**cilapo** *m.* ‘ombligo’.

Ej.: *¿Has visto a la Alba? Va con todo el cilapo al aire.*

Se usa en Álava (*VA* y *VAlav.*, s. v.; este último lo localiza en Lagrán), si bien con otro significado diferente al que aquí recogemos: ‘repliegue que forma la piel del buey en el vientre, junto al ombligo’.

En La Rioja, el *VR* la incluye remitiendo a *cil*. En *CHLR* se define como ‘ombligo’ y se señala la ubicación de su empleo [CVR: San Vicente de la Sonsierra; COST: San Vicente de la Sonsierra].

Según Baráibar (*VA*, s. v.), «Del vascuence *cil-a* “el ombligo”, y *pe* “bajo”, lit. “bajo el ombligo”». La raíz de la palabra está emparentada con el vasc. *zilo* ‘agujero’, ‘hoyo’. Pastor Blanco (2004, p. 55) incluye la voz *cilapo* como ejemplo de uso del sufijo *-apo/a* con el valor de ‘relación’, junto a *gazapo* y *gusarapa*.

**mojón** *m.* ‘ombligo’.

Ej.: *Me han dao un balonazo en tol mojón.*

Para La Rioja, el *CHLR* (s. v.) lo registra en su tercera acepción, remitiendo como fuente al *ALEANR* VII, 969: 502. En ese mismo mapa, se señala el empleo de *mojón de medio mundo*, en Teruel.

A diferencia de lo denotado por *cil* o *cilapo* (*cf. supra*), cuyo significación está orientada por el sema ‘agujero’, ‘hoyo’, característico de la mayoría de los ombligos, en este caso se pone de relieve justamente lo contrario, es decir, el carácter abultado y rígido que presentan algunos ombligos con hernias (*cf. infra*). Parece evidente este sentido figurado de *mojón* (del hispano-lat. \**MUTULONEM*) a partir de las señales, muchas veces erectas y/o de piedra, con que se fijan los linderos. Con la aplicación del sustantivo para designar cualquier tipo de ombligo es una extensión semántica.

Desde el punto de vista médico, tiene sentido identificar el ombligo con una señal permanente para fijar linderos porque, cuando se hace una plastia abdominal, aquel permanece inamovible.

**ombrigo** *m.* ‘ombligo’.

Ej.: *Me duele desde el ombrigo hasta el pito.*

En *CORDE*, aparecen seis testimonios de la voz. El más antiguo se remonta a c. 1275: «Et ay otros quel ponen un fierro por el ombrigo & sacanle una agua amariella» [c. 1275, Anónimo, *Libro de los caballos*]. Y el más reciente procede del autor riojano Manuel Bretón de los Herreros (1841): «Me alegro, que a mí no me se encoge el ombrigo [...]» [1841, B. de los Herreros, *Dios los cría y ellos se juntan*].

Se emplea en Navarra (*VN*, s. v.), en San Martín de Unx, Ribera, Regata, Baztán.

No se halla en ninguna obra lexicográfica del riojano.

Nuestra forma presenta una alternancia de consonantes líquidas, característica, entre otras regiones, de La Rioja.

*Cf. infra.*

**rin(rín)** *m. infant.* ‘ombligo’.

Ej.: *¡A ver cómo suena ese rin!*

No figura en ningún diccionario dialectal.

Es una forma adaptada de la voz onomatopéyica *ring*, con que se imita el sonido de un timbre, a veces reduplicada por mayor expresividad; el gesto de tocar el ombligo de los bebés o niños pequeños se asemeja, evidentemente, al de tocar un timbre (*cf. timbre y botón [salido/de la levita/de la risa]*).

**timbre** *m. infant.* ‘ombligo’.

Ej.: *A ver como suena el timbre de este niño.*

En *ALEANR* VII, 969: 107 (Huesca) aparece este uso.

No en obras del dialecto riojano.

El gesto de hacer cosquillas al bebé o al niño pequeño acariciando o tocando su ombligo ofrece el contexto oportuno para el sentido de esta voz, así como de las otras comentadas (*rin[rin]* o el *botón de la risa*) (*cf. supra*).

**umbrigo** *m.* ‘ombligo’.

Ej.: *Me duele desde el umbrigo hasta el pito.*

No se registra en ninguna obra lexicográfica dialectal.

Variante fonética con cierre de *o-* en *u-* y alternancia de consonantes líquidas.

*Cf. supra.*

### 7.4.3. ‘PELVIS’

Anatómicamente, la pelvis ósea (Figura 16) está formada por los huesos *sacro*, *coxis* (que son los dos últimos segmentos de la columna vertebral) e *iliaco* o *innominado*, compuesto a su vez por el *ilion*, rama del *isquion* y rama del *pubis*.



Figura 16. Esquema de la pelvis ósea. F: Campa (1885, p. 30)

**nacedero** m. ‘pelvis’.

Ej.: *Desde que me rompí el nacedero, tengo problemas al orinar.*

En los diccionarios generales del español, el nacedero es principalmente el ‘lugar de donde nace algo’ (DLE, s. v.). El diccionario académico aporta los siguientes ejemplos: *La matriz es el nacedero de los mamíferos. El nacedero de un río. El nacedero de los cuernos del toro.*

En VN (s. v.), se conoce con este nombre a la ‘matriz de los animales’: *El cabrito se murió en el nacedero [Ribera].* También se atestiguan en dicha obra otras acepciones: ‘manantial’ y ‘silla de parir’ (*Sólo pudo parir cuando la pusieron en el nacedero*).

En CHLR (s. v.) solo aparece el significado de ‘manantial’.

Llama la atención que DCECH, s. v. *nacer*, marque el uso de *nacedero* ‘manantial’ como solo propio de Argentina (Draghi, *Canc. Cuyano*, 210; Yupanqui, *La Nación*, 6-X-1940).

Derivado de *nacer*, el sustantivo de verbal se explica por el lugar donde se desarrolla la formación del feto en la mujer. Por extensión, se aplica posteriormente a hombres y mujeres con el valor de ‘pelvis’.

**puente** m. ‘pelvis’.

Ej.: *Se agarraba la cadera porque se había dado un golpe en el puente.*

Como tecnicismo, el DTM (s. v.) lo define como ‘estructura anatómica oblonga que une dos partes de un órgano’. Sin embargo, nuestra acepción es muy específica, pues se refiere a la pelvis.

No se recoge en otros dialectos vecinos. En CHLR (s. v. *puente*), solo figuran acepciones relativas a las vigas de madera. Así, «1. *com.* Cumbre, viga principal



que va de un extremo a otro de la techumbre. [ALEANR VII, 928:400,600,601,602, 603, 605; AP: Aldeanueva de Ebro, Cornago, Rincón de Soto, Valdemadera]. 2. Madera situada entre el cumbrero y la solera. [AP: Cervera del Río Alhama]. 3. Cada una de las vigas de madera que soportan el piso de una vivienda. [HR: Navalsaz].

Quizá el empleo de *punte* referido a la pelvis esté motivado por ser aquella la «viga» o estructura principal que sostiene el resto de la cuerpo y sus vísceras principales. Para el *DUE* y *DEA* (s. v.), el puente es una ‘estructura horizontal colocada sobre los maderos verticales’, lo cual se asemeja a la fisonomía de la pelvis, que soporta las extremidades inferiores. Gracias a la estructura pelviana y su disposición, como si fuera un puente de apoyo, el hombre se mantiene y deambula erecto.

#### 7.4.4. ‘VEJIGA’

La vejiga según *DLE*, del lat. *Vesīca*, es un órgano muscular y membranoso, a manera de bolsa, que tienen muchos vertebrados y en el cual va depositándose la orina producida en los riñones. (Figura 17)

Se trata de una víscera hueca, situada medialmente en la pelvis menor, que sirve de reservorio de la orina producida por los riñones y conducida a ella a través de los uréteres; a medida que va rellenándose varía su forma y tamaño y al percibir su estado de máxima repleción, expulsa la orina a través de la uretra.

Histológicamente está constituida por tres capas; la más interna, impermeable, formada por un epitelio transicional o *urotelio* con su submucosa; más externamente una túnica muscular lisa, o músculo *detrusor* y finalmente una túnica periférica o *serosa* que la delimita de las estructuras vecinas. (*DTM*)

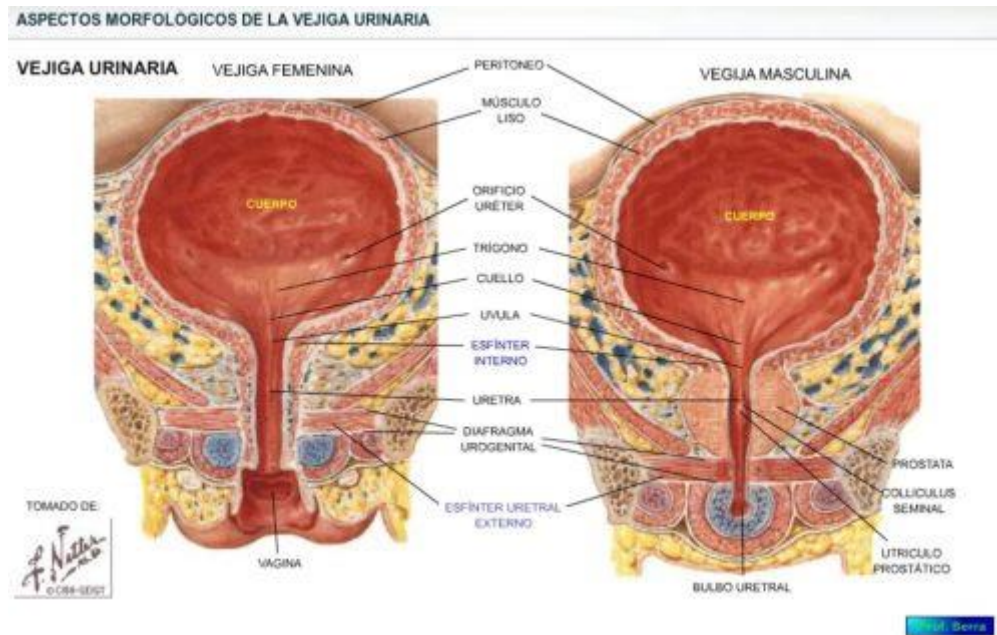


Figura 17. Vejiga urinaria femenina y masculina. Fuente: F. Netter (1978). Tomo VI, p.22.

### bochincha f. 'vejiga'.

Ej.: *Cuando se me llena la bochincha, tengo que mear en cualquier sitio.*

Esta forma particular no aparece en los diccionarios generales. El *DLE* sí registra *bochinche* (s. v.), como regionalismo de Extremadura con el valor de 'buche, porción de líquido que llena la boca, inflando los carrillos'. En *DUE* y *DEA* (s. v. *bochinche*), solo se consigna la acepción de 'lío, alboroto'.

La voz se atestigua en Álava (*VA*, s. v.), como 'vejiga de la orina del cerdo'. También la recoge Vergara (1921, p. 89) en su apéndice de palabras usadas en Burgos y Santander, con el significado de 'vejiga'.

En el *CHLR* (s. v.) se registra con el valor de 'vejiga del cerdo' [ALEANR XI, 1554. 100, 101, 102, 300, 302; CVR; VR; RI; HR: Cenicero, Grañón, Matute, Villarta-Quintana; VOC: Valgañón; GC: Castilseco, Galbárruli; LAI: Alberite; TEV: Santurde de Rioja].

Nuestra voz parece el resultado de una extensión semántica, pues se aplica genéricamente, sin distinguir si la vejiga es animal o humana (aparentemente, como en Vergara).

De la misma familia que *bochincho* 'sorbo' y *bochinche*, derivados de *buche* 'bolsa que tienen las aves para recibir la comida', estómago de otros animales', 'barriga' (*DCECH*, s. v. *buche*).

**depósito** *f.* ‘vejiga’.

Ej.: *No sé qué me pasa: es como si se me llenara el depósito enseguida y estoy meando continuamente.*

No se recoge en ningún diccionario, ni general ni dialectal, con esta acepción. Se trata, por tanto, de un riojanismo exclusivo que se explica semánticamente por la función de la vejiga como el órgano encargado de recoger la orina procedente de los riñones.

**vejiba** *f.* ‘vejiga’.

Ej.: *Tuve un tumor en la vejiba y me operaron varias veces.*

Voz no atestiguada en otros dialectos. Para La Rioja, la recoge Goicoechea (*VR*, s. v.), localizándola en Nájera.

Se trata de una forma que manifiesta la conocida alternancia de consonantes graves *b/g*.

## 7.5. ÓRGANOS GENITALES

### 7.5.1. ‘PENE’

El pene, según el *DLE*, del latín *penis*, es el órgano sexual masculino del hombre y de algunos animales que sirve para miccionar y copular.

El ‘pene’ o ‘miembro viril’ es el órgano genital masculino eréctil que sirve para la cópula y la micción, situado en la región perineal anterior por encima y delante del escroto. Está formado fundamentalmente por dos cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso, que envuelve la uretra, y consta de una porción fija o insertada, llamada raíz y otra libre llamada cuerpo. La raíz contiene dos pilares o porciones proximales de los cuerpos cavernosos que se insertan en la rama isquiopubiana pelviana del arco púbico y el bulbo o parte proximal del cuerpo esponjoso que se fija a la membrana perineal. El cuerpo del pene, totalmente recubierto de piel, está formado por la unión de los cuerpos cavernosos y del cuerpo esponjoso y termina en una expansión conoidea, llamada glándula, recubierta por la piel del prepucio, en cuyo extremo se abre el meato uretral. La base del cuerpo del pene está unida al pubis y a la línea alba por los ligamentos suspensorio y fundiforme del pene, respectivamente. (*DTM*)

**abrilatas** *m. coloq. o vulg.* ‘pene’.

Ej.: *Las muchachas de Lardero // tienen bragas de hojalata, // pero no saben que los de Entrena // tenemos abrilatas* (canción popular; fuente oral: Carlos Gutiérrez Rodríguez).

No se recoge en los diccionarios generales de español ni en los dialectales, incluidos los del riojano.

La canción popular del ejemplo ofrece el contexto adecuado para su interpretación. Así, a semejanza del *abrelatas* ‘instrumento que sirve para abrir latas’, el pene se introduce en la vagina abriendo el introito vaginal o, incluso, el himen.

Por lo demás, esta forma compuesta manifiesta una alternancia vocálica de palatales *e/i*, tan frecuente en la documentación rioja medieval, favoreciendo la más cerrada, acaso, por la influencia de *abrir*.

**aparato** *m. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Doctor, desde hace un mes me duele el aparato en la erección y se me tuerce a la derecha.*

El *DEA* (s. v.) recoge la acepción ‘órgano sexual, masculino o femenino’, y marca la voz como coloquial o humorística.

No aparece en los diccionarios dialectales consultados, ni siquiera del riojano.

Tanto el *DLE* como el *DUE* (s. v.) incluyen el significado de ‘conjunto de órganos que en los seres vivos desempeña una misma función. *Aparato reproductor, circulatorio, digestivo*’, enmarcado en el ámbito de la biología, y que creemos relevante para nuestro valor. Así, este vocablo podría explicarse como un acortamiento de la expresión *aparato sexual* o *aparato reproductor*, y, de ahí, pasaría a designar únicamente el pene.

En *DTM* (s. v.), se advierte que

«La línea divisoria conceptual entre “sistema” y “aparato” es cada vez más tenue en anatomía. Tradicionalmente, en español suele llamarse “sistema” a los encargados de la coordinación e integración funcional del cuerpo humano (por ejemplo, sistema nervioso, sistema endocrino, sistema inmunitario, sistema hemolinfático, etc.), y “aparato” a todos los demás (por ejemplo, aparato digestivo, aparato circulatorio, aparato respiratorio, aparato urinario, aparato locomotor, aparato reproductor, etc.)».

**bigornia** *f. coloq. o vulg.* ‘pene’.

Ej.: *El pantalón elástico le marcaba la bigornia.*

Los diccionarios generales muestran su significado convencional de ‘yunque de dos puntas o cuernos’ (Fotografía 24). El *DUE*, por su parte, incluye el masculino bigornio, que define como ‘extremo puntiagudo del yunque’.

En *DA* (s. v.), se atestigua con el valor de ‘taladro’. En *VN* (s. v.), se registra el significado más usual, con el matiz de que se trata de un objeto portátil, y se localiza en Corella. Además, esta obra incluye el vocablo *vigornia* ‘vigor, ánimo o genio’, que parece un claro cruce entre nuestra voz y el sustantivo *vigor*.

En *CHLR* (s. v.), se señala un significado diferente: ‘pedal de la rueda de afilar’ [ALEANR IX, 1261: 502], en Lumbreras.

No se había testimoniado antes con la acepción que aquí traemos, que refleja un uso figurado del significado tradicional por la terminación en punta y dureza del objeto.

Del lat. BICORNIA, variante del adjetivo BICORNIS ‘de dos cuernos’ (*DCECH*, s. v. *bigornia*).



Fotografía 24. Antigua bigornia. Procedencia: Extremadura. Fuente: <https://museodeolivenza.com/>

**canario** *m. coloq., infant., afect., eufem.* ‘pene’

Ej.: *Voy a cambiar de agua al canario.*

Se usa frecuentemente en la locución verbal *cambiar el/de agua al canario* ‘orinar’.

Hipónimo de *pájaro* o *pajarito* con el valor de ‘pene’.

No aparece en los diccionarios generales ni dialectales con este significado.

En CORDE, encontramos el siguiente ejemplo: «La finalidad perseguida ahogaba el fin sin fines de todos los días. Cambiarle el agua al “canario” se hace aún dentro del sueño de la mañana, firmar un nuevo arrendamiento se hace con el guante del esqueleto» [1988, Lezama Lima, José, *Paradiso*]. En CORPES XXI, hemos hallado las siguientes concordancias: «[...] disfrutábamos de una chicha capinoteña cariciosa como leche materna, cuando se me ocurrió incorporarme para cambiarle el agua al *canario*. A medio caminar caí de bruces al pastito, pero lo interesante es que yo no sentí que caí [...]» [2004, Rocha Monroy, Ramón, *Crítica de la sazón pura*]; «Si no puedes más, venga, vale... Voy al váter a cambiar de agua al *canario*. No me vaya a mear encima por hacer fuerza» [2004, Bas, Juan, *La cuenta atrás*]; «LOREN. - Tengo que cambiarle el agua al canario, hacer pipí, vaciar el depósito... [2010, Pastor, Javier, «Doce más

uno». *Teatro. Piezas breves. Alumnos Resad. Curso 2009-2010*]; «Después de un tiempo, tengo ganas de cambiar el agua al canario. Por eso no me gusta tomar tanta cerveza [...]» [2010, Nkogo Esono, Maximiliano, «Cumpleaños infeliz», *La palabra y la memoria: Guinea Ecuatorial 25 años después*].

Expresión metafórica del pene, similar a la denominación *pájaro* o, más frecuentemente, *pajarito*. Cf. *pájarito*.

**canilla** *f. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Me gotea mucho la canilla desde que me operé de la próstata.*

Con el significado de ‘grifo’, aparece en el *DLE* (s. v.) como expresión propia de Argentina, Bolivia, México, Paraguay y Uruguay. No obstante, dentro de la península ibérica, esta es una voz muy característica del vocabulario riojano, casi exclusiva, aunque se documenta en zonas muy cercanas a la comunidad, como La Bureba (en Burgos) o Sartaguda (Navarra).

Se trata de un diminutivo de *caña*, que debería haber dado *cañilla*, pero que por la cacofonía de la pronunciación de las consonantes palatales *-ñ-* y *-ll-* en proximidad, sufrió la disimilación de la primera en una *-n-*. Semánticamente, además del empleo mencionado, es una palabra muy usada en el mundo del vino con el significado de ‘espita de la cuba’, y de ahí la expresión *dar canilla* que vale tanto para ‘colocar la espita a la cuba para sacar el vino’ como para ‘dar suelta al mosto o vino de la cuba’. Ambos valores (‘grifo’ y ‘espita de la cuba’), recogidos en el *CHLR* (s. v.).

La acepción de *canilla* como ‘pene’ ha de vincularse metafóricamente con la función miccional de este, además de por su parecido físico con la espita.

**capullo** *m. vulg.* ‘pene’.

Ej.: *Ese crío no para de tocarse el capullo todo el día. Algo le pasa.*

Los diccionarios generales, además de recoger los significados más extendidos de la voz, difieren al concretar la referencia anatómica del aparato genital masculino. Así, el *DLE* (s. v.), en su 7.<sup>a</sup> acep., señala que es malsonante y remite a ‘prepucio’; el *DUE* (s. v.), en la 6.<sup>a</sup>, indica que vulgarmente significa ‘glande’; y el *DEA* (s. v.), registra el valor de ‘pene’ y marca la voz como vulgar. Esta *dispersión* semántica tiene su presencia en tres definiciones del diccionario de Carbonell Basset (s. v.): «[...] 2.Pene. [...] 5. Glande. 6. Prepucio».

Originalmente, el *capullo* designaba el ‘prepucio’. La primera referencia que hemos encontrado (*apud* CORDE) es esta: «por esto dixieron los sabios la luxuria fecha por el arel quier dezir aquel non hircunhidado & orla es el *capullo* & hetera» [1419-1432, Pedro de Toledo, *Guía delos perplejos de Maimónides*]. Más tarde, se recoge ya en el *Vocabulario español-latino* de Nebrija (s. v. *apud* NTLLE), donde se lee «capullo del miembro viril. *prepucium*, ii». En otro testimonio coetáneo a este, leemos «Interpretase rueda o circulacion porque el “capullo” que cortauan. por la circuncision tenía tal figura»: «Prepucium. cij. neutro genero la primera flor o la yema dela planta nueva. Leuitici .xix. Jtem el capullo o piel que se cortan judios y moros quando se circuncidam» [1499, Fernández de Santaella, Rodrigo, *Vocabulario eclesiástico*]. Baste un último ejemplo, de Francisco Díaz (1588, *apud* Moreno Torres [2000, pp. 461-462]), donde se halla una descripción de interés histórico al respecto: «Éste que dijimos llamarse balano, se cubre con un cuero para su defensa, que vulgarmene llamamos “capullo”, [...] instituido para guarda y amparo del balano [...]».

Sin embargo, en CREA y CORPES XXI hay ejemplos que confirman la dispersión semántica, en siglos posteriores, referida al órgano sexual masculino. Así, se atestigua como ‘pene’ en casos como estos (CREA): «En cuanto que la Carlotita [...] hasta que no se quedaba a solas con el portador del *capullo* no paraba [...] ¡Cómo te la meneaba!» [1981, Pérez Merinero, Carlos, *Días de guardar*]; «“Haz eso en el retrete, mejor, donde no te puedan ver. Trancas la puerta y hale, a empinarte el *capullo*”» [1990, Pombo, Álvaro, *El héroe de las Mansardas de Mansard*]; o estos (CORPES XXI): «Guido fue a la taquilla y sacó un tintero pequeño de tinta china roja [...], le echó un chorrito por encima del *capullo* tieso aún, y entonces Mario gritó [...] La polla dura y grande, chorreando tinta» [2003, De Villena, Luis Antonio, *La nave de los muchachos griegos*]. Como ‘glande’ se documenta en CREA: «Me baja más los pantalones y me come el *capullo* hasta que estoy a punto de correrme otra vez. Entonces para de nuevo, saca el glande de su boca y dice: no, todavía no [...]» [Mañas, José Ángel (1996): *Historias del Kronen*]. Con el valor de ‘prepucio’ se lee en Corpes XXI el siguiente ejemplo: «Alfred, en cambio, con la turgente y madura ciruela de su pene cubierta por un inesperado *capullo* que mis dedos podían replegar -esa noche se me había revelado el misterio de la no circuncisión-» [2001, Benítez Rojo, Antonio, *Mujer en traje de batalla*].

No se atestigua en otros dialectos con el valor aquí recogido.

En *CHLR* (s. v.), solo se plasman estas acepciones: «1. *m.* Cúpula de la avellana. 2. Vaina del garbanzo. 3. Película que envuelve el grano del cereal [ML: Matute]».



Según *DCECH* (s. v.), cruce de *capillo* ‘capucho’ (del lat. CAPPELLUS) con *cogulla* ‘capa de fraile’ (del lat. CUCULLUS).

En nuestra encuesta, *capullo* también designa el ‘glande’, pero también recogemos para este valor la expresión *punta del capullo*, donde se aprecia que el significado de *capullo* ‘pene’ queda inalterado.

**chifle** *m. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Me van a tener que mirar el chifle porque me pica.*

No figura en los diccionarios generales ni dialectales con esta acepción.

El *CHLR* (s. v.) solo trae la definición de ‘silbato’, significado generalizado en español.

Sustantivo deverbal formado a partir de *chiflar*, y este, préstamo del francés *siffler* ‘silbar’, formado a partir del lat. dialect. SIFILĀRE (lat. cl. SIBILĀRE). El uso figurado de esta voz podría explicarse por la forma alargada y cilíndrica del *chifle*. Nótese también que esta voz designa el ‘frasco de cuerno, cerrado con una boquilla, en el cual solía guardarse la pólvora fina para cebar las piezas de artillería’ (*DCECH*, s. v.), que manifiesta una apariencia con cierto parecido formal al pene.

*Cf. chiflo.*

**chiflo** *m. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Desde hace unos meses, no me funciona bien el chiflo.*

No se documenta en ninguna obra lexicográfica con este valor.

En *CHLR* (s. v.), ‘silbato’.

Sustantivo formado a partir del sustantivo *chifla*, y este de *chiflar*, préstamo del francés *siffler* ‘silbar’, formado a partir del lat. dialect. SIFILĀRE (lat. cl. SIBILĀRE).

Para la explicación semántica, *cf. chifle.*

**flauta (babosa)** *f. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *En cuanto vas al médico, te manda quitarte todo y, ¡hala!, con la flauta al aire.*

El *DLE* y el *DUE* no incluyen esta acepción en su diccionario; sí lo hace el *DEA* (s. v.), marcando la voz como jergal. También el *GDAS* (s. v.), que recoge como de argot.

En *CHLR* (s. v.) solo aparece esta palabra con el valor de ‘sistema de ensamble de madera a 45 grados’ [ AP: Ezcaray].

Uso figurado eufemístico que se explica por la similitud del instrumento musical con el pene. En cuanto al sintagma *flauta babosa* (literalmente, referida a la flauta que contiene restos de saliva tras haber sido utilizada), el adjetivo parece aludir a la secreción expulsada por la uretra con fines lubricantes tras la estimulación sexual.

*Cf. infra.*

**gaita** *f. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *¡No me toques la gaita!*

No se recoge con esta acepción en los diccionarios generales ni dialectales.

En *VR* (s. v.), ‘pieza hueca del horno del alfarero donde se colocan las vasijas que hay que cocer’ [Navarrete].

El *DLE*, en su 1.<sup>a</sup> acepción, define la voz como ‘instrumento musical de viento parecido a una flauta o chirimía de unos 40 cm de largo’. El *VN* (s. v.), sin embargo, advierte que se trata de un instrumento que difiere mucho de la chirimía y que identifica con una ‘dulzaina (antiguamente *donzaina*)’. Es probable que de la *gaita* navarra proceda este uso figurado del sustantivo.

**herramienta** *m. coloq. o vulg.* ‘pene’.

Ej.: *Desde que tomo viagra, me va bien la herramienta.*

No en *DLE* ni *DUE*, con este sentido. Sin embargo, el *DEA* (s. v.) la define como jerg. Pene: «las mujeres no tenéis “herramienta”» (1985, Tomás García, José Luis de, *La otra orilla de la droga*).

Con nuestra acepción, no se recoge en diccionarios dialectales, ni siquiera del riojano.

Se trata de un uso figurado a partir de su significado más general de ‘cualquier instrumento, dispositivo o medio para realizar un trabajo o lograr determinado fin’ (*DUE*, s. v.), entendiendo como fin su función sexual o, incluso, miccional.

**látigo** *m. coloq. o vulg.* ‘pene’.

Ej.: *Tanto presumir de látigo y al final solo era un latiguillo.*

De los diccionarios generales, solo el *DEA* (s. v.) incluye la voz con este significado, marcándola como jergal: «por muy seguro que estés que le abrazastes las entrañas con el latiguillo, no por eso ibas necesariamente a dejarla preñada» (1964, Grosso, Alfonso, *El capirote*).

Uso figurado a partir del de ‘azote largo, delgado y flexible, de cuero, cuerda u otra materia, con que se aviva y castiga especialmente a las caballerías’. Ya en López de Villalobos (1515), se usa como ‘azote para castigar a una persona’ (*DCECH*, s. v.). En este caso, el empleo de la voz como ‘pene’ tiene una connotación sexual de agresividad o, incluso, de sadomasoquismo.

**mango** *m. coloq. o vulg.* ‘pene’.

Ej.: *Me comentaron que por poco no me pueden operar de fimosis porque no había forma de bajar el mango.*

No se registra en los diccionarios generales ni dialectales (tampoco del riojano) con la acepción que aquí nos ocupa.

Sí hay algún testimonio en CREA, como este: «Él gasta un “mango” de 25 cm y yo arrastro una flautilla de 10 cm» [2003, Efimero, 03206024. *Weblog 2003*].

Al igual que comentábamos a propósito de *manubrio*, la forma del mango y su agarre con la mano hacen evidente el uso metafórico de esta voz con el valor de ‘pene’.

**manguera** *f. coloq. o vulg.* ‘pene’

Ej.: *¡Tenía la manguera tan larga que tuvieron que buscar una sonda especial!*

No figura en los diccionarios generales con nuestra acepción.

De entre los corpus consultados, el vocablo se atestigua en CREA: «[...] el enano era una de las pocas y deterioradas estrellas de El Majestic que aún lograba aclamaciones cuando salía al escenario, vestido con una hoja de parra en el ombligo. La poderosa “manguera” de sus genitales le había conseguido un meritorio escalafón entre los hombres mejor despachados de la comarca [...]» [1994, Alberto, Eliseo, *La eternidad por fin comienza un lunes*]; «Es imposible no sentir un aliento jadeante, cálido, acercándose, traspasando, agujoneando la humedad tupida de las ingles; es imposible, toda vez que es convocada Babilonia, resistirse a su soberanía; es imposible mantener el corazón, el índice y el pulgar alejados de la pletórica “manguera” que oscila antes de disparar su caudal contundente y momentáneo» [1991, Rossetti, Ana, *Alevosías*]. También figura en CORPES XXI: «Déibit se enfrentaba a una vieja complicación. Necesitaba orinar pero tenía dura la “manguera”» [2001, Ehrenhaus, Andrés, *La seriedad*].

No se ha encontrado en ningún diccionario dialectal con una acepción parecida.

Voz de uso metafórico y de carácter hiperbólico.

**manubrio** *m. coloq. o vulg.* ‘pene’.

Ej.: *En la pubertad, los chicos no paran de darle al manubrio.*

No en *DLE*, *DUE* ni *DEA*, con este valor.

No en *COSER*, *PRESEEA*, *VALESCO* ni en *CORDE*. En *CREA* aparece testimoniado en dos ocasiones:

En cuanto que la Carlotita -una cincuentona con más tiros pegados que Prim- se quedaba a solas con el enfermito -la tía hasta que no se quedaba a solas con el portador del capullo no paraba- le empezaba a tocar la barriga. Luego bajaba la pezuña y te hacía una “manola” de la de ver la osa mayor y toda la hostia. ¡Cómo te la meneaba! Era de llevar un notario en el bolsillo para que certificase lo bien que la Carlota le daba al “manubrio” y te desfloraba poquito a poquito. (1981, Pérez Merinero, Carlos, *Días de guardar*)

PEPE.- Lo que quiero decir es que los problemas de los hijos, los entendéis mejor las madres.

CARMEN.- ¡Así de fácil!

PEPE.- No es eso, mujer. Es que con vosotras tienen más confianza.

CARMEN.- Más confianza para qué, ¿para decirme si le da al “manubrio”, como tú le llamas? (1991, Mendizábal, Rafael, *De cómo Antonito López, natural de Játiva, subió a los cielos*)

En *CORPES XXI* también queda atestiguado: «Lanza una mirada que podría destruirle el supertupé a Loren y los dos entendemos que quiere dormir con Marín. ¿Qué pretende? ¿Meterle mano al “manubrio” en una caravana llena de gente?» (2019, Benavent, Elisabet, *Toda la verdad de mis mentiras*).

No se registra en los diccionarios dialectales, ni siquiera en riojano.

Del lat. *manubrium* ‘mango’. En español, se usa convencionalmente como ‘empuñadura’. La forma del manubrio y su agarre con la mano hacen evidente el uso metafórico de esta voz con el valor de ‘pene’.

**meano** *m.* ‘pene’.

Ej.: *Al abuelo se le veía el meano cuando orinaba en el huerto.*

El *DLE* (s. v.) refleja como único significado el que se da en el ámbito de la tauromaquia, referido al toro ‘que tiene blanco el pelaje de la zona genital’. También así en *DEA* (s. v.). Algunos ejemplos de *CORDE* y *CREA* atestiguan este valor general.

No se atestigua en dialectos distintos del riojano con la acepción de ‘pene’.

En el *CHLR* (s. v.) figuran dos valores: «1. m. Pene del carnero. [HVR: Villavelayo, Viniegra de Abajo]. 2. Ano y parte circundante con piel y grasa de la cerda empleado para engrasar el cuero. [RI: Briñas, Ollauri]».

Nuestro vocablo se explica como una extensión semántica del significado aplicado al toro o a otros animales, lo cual manifiesta lo operativo de la metaforización de lo animal en el hombre.

**mimbro** m. ‘pene’.

Ej.: *¡Tiene el mimbro más gordo que tu brazo!*

No figura en ninguno de los diccionarios consultados, ni generales ni dialectales.

A nuestro juicio, se trata de una mera alteración de la palabra *miembro* (*viril*), favorecida, acaso, por la consabida monoptongación del diptongo *-ie-* en *-i-* (*castiello* > *castillo*; *aviespa* > *avispa*).

**mindola** f. *coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Se le veía la mindola por debajo del bañador.*

No se documenta en las obras de lexicografía dialectal consultadas. Sin embargo, una búsqueda en *Google* [“mindola” pene] devuelve resultados interesantes, como su uso en el vocabulario de Porcuna (Jaén), Catral (Alicante), Buñol (Valencia), Murcia, Castillonroy (este de Huesca). Del sufijo diminutivo *-ola* se infiere su origen oriental.

**minina** f. *infant., afect., eufem.* ‘pene’.

Ej.: *Bájate el pantalón para que te vea el doctor la minina.*

No en *DLE* (s. v. *minino, na*) con este valor. Sí lo recoge el *DUE* (s. v.): «1. f. inf., vulg. Pene. 2. pop. Pene de niño». También el *DEA* (s. v.), en su 2.<sup>a</sup> acep.: «(jerg) Pene».

En *DA* (s. v.) figura como ‘pene del niño’.

En La Rioja, el *CHLR* (s. v.) la atestigua con el significado de ‘pene’ [HE: Entrena; LAI: Alberite].

A propósito de la voz *menino*, emparentada con *minino*, explica el *DCECH* (s. v. *meñique*) que

«Se trata, pues, de uno de tantos términos acariciativos que han inventado las madres para sus pequeñuelos, tal como lo son los tipos sinónimos NINN-(NENN-), PICC-, etc. En estas condiciones se explica que el vocablo lo mismo sirva para designar lo pequeño que lo lindo y gentil (fr. *mignot*, *-on*, galés *mwyn*, bret. *moen*), y que se aplique también al gato como término cariñoso».

Ello da cuenta de su empleo frecuente aplicado al ‘pene del niño’.

**mocosa** *f. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Se me puso tonta la mocosa con la peli del otro día.*

No la recogen los diccionarios generales ni dialectales con esta acepción.

Semánticamente, encontramos sentido al uso de este adjetivo sustantivado porque, de modo similar al empleo de *flauta babosa*, cuando existe una excitación de tipo sexual, el pene comienza a segregar una mucosidad lubricante producida por la próstata (Coolsaet, 1999, pp. 167- 168) y por las glándulas uretrales de Cowper<sup>48</sup> y de Littre<sup>49</sup> (Arrondo, 1994, p. 13).

El producto de secreción de estas glándulas es un líquido de aspecto claro, viscoso, mucoso, y se vierte de manera gradual a la uretra bajo estimulación erótica y sirve de lubricación. Está compuesto principalmente por galactosa, ácido oxálico y galactosamina, (*id.*), y no contiene espermatozoides (Coolsaet, 1999, p. 168).

La secreción puede aparecer sin excitación sexual, dando lugar entonces a lo que se conoce como *impudicia* (*ibid.*, p. 169).

*Cf. flauta (babosa).*

**monga** *f. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Se le veía la monga por debajo del bañador.*

No se atestigua en ningún diccionario general ni dialectal con este significado. La encuesta da noticia de que este vocablo se recogió en las Viniegras.

La voz presenta una alternancia vocálica a partir de la palabra *minga* (*DLE*, s. v., que indica que es malsonante).

<sup>48</sup> Las dos glándulas de Cowper están situadas a ambos lados del bulbo uretral; tienen el tamaño de un guisante y sus conductos desembocan en la uretra bulbar.

<sup>49</sup> Las glándulas de Littre, de número y formas variables, están extendidas por toda la mucosa uretral.

**nabo** *m. coloq. o vulg.* ‘pene’.

Ej.: *¿Me dice, doctor, que el cistoscopio me lo tienen que meter por el nabo?!*

En *DUE* (s. v.), vulg. ‘pene’. También en *DEA* (s. v.), *jerg.* ‘pene’. No en *DLE* con esta acepción.

No lo hemos encontrado en los diccionarios dialectales, salvo en riojano. Así, el *CHLR* (s. v.) lo define como ‘pene’ [HR: Logroño; RI: Alfaro, Ausejo, San Román de Cameros; HE: Entrena; TEV: Santurde de Rioja].

Se trata de otra de las denominaciones metafóricas del pene que debe su nombre al parecido de lo designado (hortaliza de forma alargada y cilíndrica) con el miembro viril.

**pajarito** *m. coloq., infant., afect., eufem.* ‘pene’.

Ej.: *¿Tu sobrino está todo el día tocándose el pajarito!*

En el *DLE* (s. v. *pájaro*) figura la voz como coloquialismo, pero no en diminutivo. El *DEA* (s. v. *pájaro*) aporta la misma información, pero añade que frecuentemente se usa en la forma *pajarito*, especialmente referido a niños. El *DUE* no la recoge ni bajo *pájaro* ni bajo *pajarito*.

No la hemos encontrado en ningún diccionario dialectal.

A propósito de la evolución de -ss- (lat. vulg. \*PASSARUM) en /ʃ/, refiere el *DCECH* (s. v. *pájaro*) un artículo de Piel (*RF LXX*, 136), en que el autor sugiere una modificación intencionada de carácter eufémico, para huir de la ac. ‘*puendum muliebre*’ (que tiene el port. *pássara*).

No hemos hallado una explicación para el conocido uso metafórico de esta voz. Acaso deba el pene esta denominación (y otras de aves) a cierto parecido físico de esta parte de la anatomía del aparato sexual masculino, sobre todo en los niños, con la cabecita de los pájaros, que, descansando sobre su redondo cuerpo, se asemeja al pene encogido e incluso semioculto bajo la bolsa escrotal.

*Cf. canario.*

**pichina** *f. infant., afect., eufem.* ‘pene’.

Ej.: *¿Qué cómo te sondan? Metiéndote un tubo por la pichina.*

En *CREA*, se atestigua un caso: «-A las claras se nota que el rosquete de Larrañaga pierde aire -dijo don Rafael-. Debe de tener floja la *pichina*, pues. Doña Inés se rio, tapándose la boca. -Qué vulgar te me has vuelto con los años, Rafaelito -dijo.» [1996, Bayly, Jaime, *Los últimos días de “La Prensa”*].

*GDAS* (s. v.) lo incluye en su diccionario de argot como ‘pene’.

*NDEA* (p. 281), lo deriva de pichar ‘orinar’ y advierte de su empleo aplicado el ‘pene del niño’. También en *VN* (s. v.), ‘*m. virile*’.

En *LAI* (s. v.), se recoge como voz familiar: «refiriéndose al de los niños o, con sentido afectivo, cariñoso o eufemístico, al de los adultos, ‘pene’».

Se trata de un diminutivo lexicalizado de *picha* ‘pene’ y este, a su vez, evolución de *pixa* ‘pija, pene’, con conservación, imperfecta, de fricación palatal (*DCECH*, s. v. *pijota*). Cf. *infra*.

No figura en otros diccionarios del riojano.

**pichorra** *f. vulg.* ‘pene’.

Ej.: *En vez de pensar con el cerebro, piensa con la pichorra.*

En CORDE se documentan tres casos en la una comedia de 1874: «Pues señor, yo desde aquí, buscando sin disimulos pasto a mi pichorra, di sobre Italia, porque allí tiene el placer muchos culos»; etc. [2003, Anónimo, *Don Juan Notorio: burdel en cinco actos y 2000 escándalos*].

No se atestigua en otros diccionarios dialectales, ni siquiera del riojano. En *CHLR* sí aparece *pichorro* (s. v.) ‘pitorro del botijo’ (Fotografía 25), voz que creemos resultante de un cruce léxico entre *pitorro* y la familia de palabras *picha*, *pichorra*, *pichina*, etc. (raíz *pich-*).

Nótese el parecido entre el pichorro del botijo y el glande.



Fotografía 25. Botijo con pichorro. Procedencia: Lumbreras (La Rioja). Fuente: Del autor.



**pieza** *f. coloq.* ‘pene’.

Ej.: ¡*Menuda pieza se gasta nuestro amigo!*

No se recoge en los diccionarios generales ni dialectales con este valor.

Voz de uso figurado. La palabra *pieza* presenta una gran polisemia. Las primeras documentaciones de este vocablo en romance manifiestan el significado de ‘finca, terreno de labranza’, especialmente en La Rioja (García Andrevia, 2010, p. 257; *LHP*, s. v.).

Acaso deba relacionarse esta extensión semántica de la voz con el sentido de ‘animal cazado o pescado’, teniendo en cuenta que su uso queda frecuentemente contextualizado en actos de presunción o de alabanza.

**pijero** *m. coloq.* ‘pene’.

Ej.: ¡*Muchos hombres presumen de tener un pijero grande!*

De entre los diccionarios generales, solo el *DEA* (s. v.) incluye este vocablo, marcado como regionalismo, con el significado de ‘órgano sexual [de un animal macho]’.

No figura en obras del léxico dialectal, salvo en las del riojano, y con otras acepciones. Así, en el *CHLR* (s. v.): «1. *m.* Pellejo que tienen los moruecos en la punta del pene. [HR: Ventrosa de la Sierra; MP: Rabanera del Cameros]. 2. Prepucio de los animales machos. [LM: Munilla]. 3. Meato urinario de los cerdos. [RI: Zarzosa]». En el *DVR* (s. v.) queda definido como ‘pene de res’ [Cameros].

Derivado de *pija* ‘miembro viril’, voz, a su vez, tan antigua como el idioma, según el *DCECH* (s. v. *pijota*), y de origen onomatopéyico, por el ruido de la micción [piʃ].

**pirola** *f. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Al salir de la piscina se le marcaba toda la pirola.*

En *CREA*, encontramos el siguiente testimonio: «pero me preocupaba de lavarme bien, ya sabes, la *pirola*, antes de encamarme y después de acabar» [1988, Molina Foix, Vicente, *La quincena soviética*].

No aparece en otros dialectos ni en ninguna publicación previa del riojano.

Se trata de una alteración de la forma *pirula*, coloq. ‘pene’ (*DLE*, s. v.), humoríst. ‘miembro viril’ (*DEA*, s. v.). El mismo origen expresivo tiene el cast. *perinola* ‘peonza’, con la variante dialectal *pirinola* (cub., nicar., guat., colomb), el gall. *pirindola* o *pirulo* ‘perinola’, en aragonés ‘botijo’ (*DCECH*, s. v. *brillar*).

**pitolín** *m. infant.*, ‘pene’.

Ej.: *A carlitos no le importa enseñar el pitilín en la piscina a todo el mundo.*

No se registra en los diccionarios generales, salvo en el *DEA* (s. v.), que advierte de su uso coloquial.

Tampoco aparece en los diccionarios dialectales, salvo, para el riojano, en el *CHLR* (s. v.) ‘pene del niño’ [TEV: Santurde de Rioja].

Se trata de un derivado de *pito* ‘pene’, voz coloquial y de uso generalizado en español, mediante el interfijo *il* y el sufijo diminutivo *-ín*.

**pizarrín** *m. coloq., infant., eufem., affect.* ‘pene’.

Ej.: *Al niño creo que habrá que operale el pizarrín, como me hicieron a mí en la mili. Habrá que llevarlo al urólogo.*

El *DEA* (s. v.) recoge esta voz como coloquial o humorística con esta acepción. No en *DLE* y *DUE* con este valor.

El CORPES XXI (y no el CREA, del que sería más esperable) trae dos ejemplos claros de este empleo:

«Lo que os pasa a los de la capital es que sois muy avanzados para unas cosas y unos boinas para otras. Aquí ya hemos afilado el “pizarrín” casi todos, es lo que tiene el campo, la naturaleza y todo eso, contesté yo riéndome. Además, no pienses que hacerlo tiene mucho misterio: como diría mi abuelo, trátase de embocarla nel furacu, secudilu un poco y ya está [2009, Posadas, Gervasio, *Doctor Mateo. Tres veranos en San Martín*].

«- Adelante -dijo Guardia, adoptando una posición fingidamente médica.  
-No como paciente. ¿Qué sabes de los dos asesinatos que se han cometido volándoles el “pizarrín” a sus víctimas?» [2011, Güemes, César, *Soñar una bestia*].

De entre los diccionarios dialectales, solo lo hemos encontrado en el *CHLR* (s. v.), como ‘pene de los niños’ [LM: Munilla].

De nuevo, como en la mayoría de las denominaciones del pene, nos hallamos ante un uso metafórico de una voz que se da como consecuencia de un parecido formal entre el *pizarrín* original y el miembro viril. En este caso, además, el hecho de que el

objeto para escribir fuera utilizado por los niños en las antiguas escuelas explica que su empleo con nuestra acepción se refiera frecuentemente a este colectivo. Además, tal como refleja el primero de los ejemplos del CORPES XXI, también es fácil ver en la acción de afilar o sacar punta al pizarrín un paralelismo con el acto sexual.

**potra** *f. eufem.* ‘pene’.

Ej.: *Se le rompió la tela de dentro del bañador y se le salía la potra por un caño.*

Aparentemente, con esta acepción, se trata de un riojanismo exclusivo. El *NDEA*, no obstante, se recoge la voz *potrera* ‘partes genitales muy abultadas’, claro derivado de nuestra voz.

En *DLE* (s. v. *potra*), entre otros valores, se define la palabra como la ‘hernia de una víscera u otra parte blanda’ y la ‘hernia en el escroto’.

No se testimonia en los corpus consultados.

Se trata de una voz de etimología discutida, de la que comenta el *DCECH* (s. v.) que ha designado también varias clases de tumores y ampollas, y que *potro* ha significado asimismo ‘testículo’ y ‘bubón sífilítico’. La primera documentación se encuentra en el *Glosario de Toledo* (h. 1400) y también aparece en el *Glosario del Escorial*, como definición de (*h*)*ernia* (Castro, 1991, p. 212). El derivado suyo *potroso* se documenta aún antes, en *Calila e Digna* (a. 1251): «Dixo Digna: — A ti lo digo, ca ayúntanse en ti todas malas tachas; ca eres *potroso* et as el mal del figo, et eres tiñoso, et as albarraz en las piernas».

En La Rioja lo incluye el *LCC* (s. v.) con nuestra acepción, marcado como forma eufemística. También lo recoge, pero con otros significados, el *CHLR* (s. v.): 1. *f.* ‘inflamación de alguna articulación en las extremidades inferiores de una persona o en las patas de un animal’ [HR: Canales de la sierra]; 2. ‘tumefacción y secado de algunos trozos de la cepa de la viña por causa de enfermedad’ [RI: Haro]; 3. ‘achaques de la edad’ [HR: Grañón, Villarta-Quintana].

El uso metafórico de *potra* como ‘pene’ se explica fácilmente desde el significado de ‘hernia’, por el abultamiento que esta produce.

**tentemozo** *m. coloq.* ‘pene’.

Ej.: *Con la viagra, me funciona de nuevo el tentemozo.*

Los diccionarios generales recogen el significado más extendido de ‘palo que cuelga del pértigo del carro, que, puesto de punta contra el suelo, impide que aquel caiga hacia

adelante'. En *LM* (s. v.) se precisa que con este palo, o palos, se evita que el animal tenga que aguantar el peso del carro al cargar y descargar.

En *VN*, se aplica a la 'pieza de hierro semicircular, con un asa en el centro, que sirve para sostener los pucheros en el hogar' [zona media].

Para La Rioja, se atestiguan distintos valores. Así, el *CHLR* (s. v.) apunta los siguientes: «1. m. Pilar del entramado exterior. [AP: Valdemadera]. 2. Pilar de madera empleado en la construcción de la planta de un edificio. [TA: Ojacastro y sus Aldeas]. 3. Tronco de madera dispuesto a modo de pilar para sujetar alguna viga deteriorada. [TEV: Santurde de Rioja]. 4. Trébedes de la cocina. [HR: Alcanadre, Santo Domingo de la Calzada; RI: Peroblasco]. 5. Cada uno de los caballetes metálicos que mantienen la leña en el hogar. [HR: Soto en Cameros]».

No resulta extraño asimilar el pene en erección con un palo que soporta el peso del carro o como puntal que evita que algo se caiga. Es señal de fuerza y virilidad. También podría hacer alusión a que cuando el pene está erecto y lo mueves de su posición, al soltarlo, vuelve a su posición inicial como un tentetieso o tentemozo.

**ubre** *f. vulg.* 'pene'.

Ej.: *Desde que me he operado de próstata, se me ha secado la ubre.*

No se recoge en los diccionarios generales ni dialectales con este significado.

Del lat. ŪBER 'teta, mama'. Este uso metafórico podría explicarse a partir del parecido de la secreción láctea con la del líquido seminal expulsado en la eyaculación. Además, ciertas ubres recuerdan a la forma del pene.

**vástago** *m. coloq.* 'pene'.

Ej.: *¡Menudo vástago se gasta nuestro amigo!*

No documentada en ningún diccionario general ni dialectal con nuestra acepción. El significado estándar de la voz es el de 'renuevo o ramo tierno que brota del árbol o de otra planta' (*DLE*, s. v.). En Covarrubias (*apud NTLLE*, s. v.) figura como «el ramo largo del árbol o de la vid, que es como renuevo».

El empleo de esta palabra en La Rioja se identifica más popularmente con los ramos tiernos de la vid. En cualquier caso, resulta obvio que se identificó el pene con un ramo tierno que, además, se caracteriza por su crecimiento.

### 7.5.2. ‘PREPUCIO’

El prepucio es la porción de piel que envuelve al glande y lo recubre como una capucha. Esta piel se dobla sobre sí misma y finaliza, por una parte, fusionada con el glande y, por la otra, se continúa con la piel que recubre el cuerpo del pene. Forma así una pieza de piel móvil y retráctil, por la que puede emerger el glande (Wowes, 1974, p. 2098) (Figura 18)

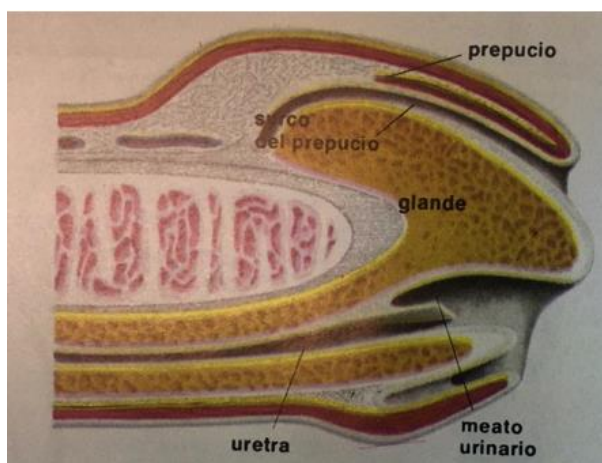


Figura 18. Esquema de la parte distal del pene. Fuente: Gran Diccionario Médico (Wowes, 1974)

En los primeros meses de vida, el prepucio está adherido al glande y, al no poderse retraer generalmente, se acumula entre ambos una sustancia blanquecina y grasienta, que forma acúmulos, denominada *esmegma*<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> Del lat. *smegma* ‘líquido detersorio’, y este del gr. σμήγμα *smégma*, der. de σμήχειν *sméchein* ‘limpiar frotando’ (DLE, s. v.): biol. ‘secreción de las glándulas prepuciales’. En *GDM* (Woves, 1974, p. 925), producto segregado por las glándulas del surco balano-prepucial, que se encuentra en la base del glande, en el que se pueden encontrar células de descamación de la mucosa del prepucio y componentes de la orina. Es de aspecto fluido, de color blanco-grisáceo, y la secreción alcanza su máximo durante la pubertad, para después ir disminuyendo paulatinamente. Está constituido especialmente por lípidos (ácidos grasos, colesterol). Existe una bacteria, el ‘bacilo del esmegma’, no patógena, que se encuentra en el esmegma del hombre, así como en la mantequilla, suelos y en el agua. Este bacilo, interviene en la degradación de los lípidos. Según O. Leiva (1992, p. 528), aunque no se tiene evidencia definitiva de que el esmegma sea carcinógeno, sí que existe teóricamente una sospecha importante, ya que la mayoría de los pacientes con carcinoma de pene en sus antecedentes refieren prepucio fimótico, con poca facilidad para la exteriorización del glande.

Es preciso separar, con una maniobra algo molesta y/ o dolorosa, las adherencias balano prepuciales fisiológicas. Una vez conseguido el despegamiento, se debe de retraer periódicamente el prepucio para mantener una higiene adecuada del glande y evitar nuevas adherencias.

**pellejo** *m. coloq.* ‘prepucio’.

Ej.: *Cuando se me pone en erección, me aprieta el pellejo.*

No figura en los diccionarios generales ni dialectales con este valor. A pesar de ello, se atestigua con esta acepción ya en un texto del siglo XVI (*apud* CORDE):

«La verga. Su sitio y su figura son manifiestos: está compuesta de cuero, musculo, cuerdas, arterias, y venas, y nervios, y dos cuerpos espongiolos desta manera: que de los huessos del empeyne salen dos cuerpos largos segun la grandeza de la verga, vno de vn lado y otro de otro, los quales van juntos hasta la cabeça de la verga: y por debaxo dellos sale vn caño del cuello de la bexiga de su misma largura que va junto con ellos hasta la misma cabeça de la verga: van cubiertos todos tres cuerpos delos pellejos ordinarios. y en el cabo de la dicha verga se forma vna cabeça de vna carne de otro género que las otras partes de la verga, llama se está cabeça balano, y el *pellejo* de la verga» (1551, de Montaña de Monserrate, Bernardino, *Anothomia*).

En aragonés, como ‘piel de animal’ se recoge en el *DA* s. v. *pelello*. En *CHLR* (s. v. *pellejo*) solo se registra el significado de ‘parte delantera del pantalón de los pastores, hecha de pieles animales’.

Esta voz, derivada de piel, presente ya en Berceo como ‘piel humana’ (*VSD* 92b, 583b), se emplea aquí como una concreción semántica a partir del significado original.

No es rara esta denominación en la consulta urológica cuando el paciente inicia sus relaciones o maniobras sexuales y presenta algún grado de estrechez fimótica, que no deja descubrir totalmente el glande en la erección.

*Cf. pelleta y piel.*

**pelleta** *f. coloq.* ‘prepucio’.

Ej.: [Al referirse al acto de la circuncisión]. *¡Bah! ¡Si no es nada! Te quitan la pelleta y no te enteras. ¡Lo malo es luego!*

No figura en los diccionarios generales ni dialectales con este valor. En el *CHLR* (s. v.): «1. *f.* Piel humana [VR: Logroño; HR: Autol; LM: Munilla]. 2. Piel de conejo o de una res».

Voz derivada de *piel* mediante el sufijo *-eta*. Sobre este afijo, González Ollé (1962, p. 309) afirma que, a pesar de su atribución tradicional al francés (todavía hoy en el *DLE*, s. v. *-ete, ta*), «igualmente pudiera provenir del provenzal o del catalán», y añade que en aragonés, «hasta finales del siglo XV era el sufijo diminutivo más generalizado».

*Cf. pellejo y piel.*

**piel** *f. coloq.* ‘prepucio’.

Ej.: *Mire, debajo de la piel, tiene el niño como infectado.*

No figura con este significado en los diccionarios generales ni dialectales.

En *CHLR* (s. v.), se lee otra acepción distinta: ‘intestino del cerdo con que se hacen los chorizos’ [HVR: Brieva de Cameros].

Es muy frecuente en las consultas de urología pediátrica su uso por padres que desconocen el nombre técnico de esta parte de la anatomía.

*Cf. pellejo y pelleta.*

### 7.5.3. ‘GLANDE’

El *glante*, *balano* o *cabeza del miembro viril* (Figura 19) es una expansión distal del cuerpo esponjoso peneano, el cual rodea a la uretra hasta su finalización en el denominado meato uretral. El *glante* corresponde a la parte final del pene y tiene forma de bellota.

Esta expansión rodea y tapa, como una cúpula, a los cuerpos cavernosos y participa con ellos en el proceso de erección. Con el pene en reposo, está cubierto por el prepucio y, en la erección, se descubre en el acto (así llamado) de *descapullar* (Figura 20) (Napal Lecumberri, 1996, p. 73).

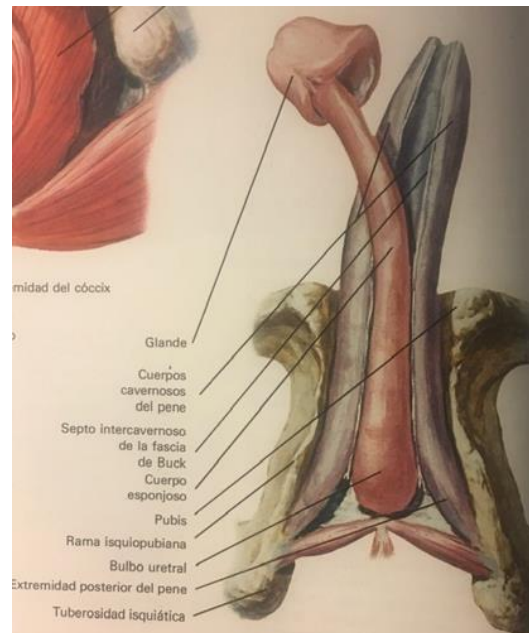


Figura 19. Esquema de los cuerpos eréctiles peneanos. Fuente: Netter (1979, II, p. 12).

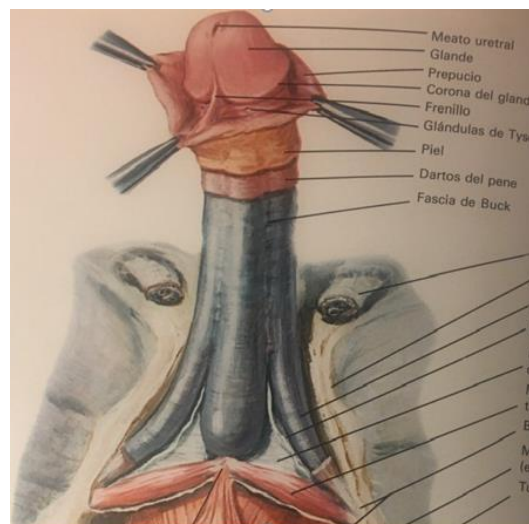


Figura 20. Esquema del pene. Fuente: Netter (1979, II, p. 12).

**capullo** *m. vulg.* ‘glande’.

Ej.: *Después de una relación sospechosa hace dos semanas, tengo el capullo “inritao”.*

De los diccionarios generales, solo el *DUE* (s. v.) lo recoge como vulg. ‘glande’.

No se registra en los diccionarios dialectales con esta acepción.

En urología, entendemos mayoritariamente *capullo* como ‘glande’, por la forma del capullo de una flor., y no como ‘prepucio’, pues este, a modo de capucha, es el repliegue de piel que rodea al glande y que en la erección normal se retrae para que



emerja el glande, maniobra conocida como «descapullar» (Napal, 1996, p. 73).

Para ejemplos de los corpus con este valor, *cf. capullo* ‘pene’, *supra*.

**rosita** *f. coloq.* ‘glande’

Ej.: [Una vez finalizada una circuncisión, exclamó el paciente al verse de nuevo el glande]: *¡Ya tenía ganas de verme de nuevo la rosita!*

No aparece en ningún diccionario general ni dialectal con este valor.

Diminutivo de *rosa*, la denominación parece aludir tanto al color del glande como a la acción de *descapullar*, que guarda cierto parecido con la apertura de los pétalos de la rosa.

#### 7.5.4. ‘TESTÍCULOS’

Según el DLE, íd. del lat. *Testicūlus*, ‘cada una de las dos glándulas sexuales masculinas, de forma oval, que segregan los espermatozoides’.

Los testículos, en número de dos, se alojan en el escroto. Se trata de unas glándulas de forma ovoide, de 4-5 cm de longitud, 2-4 cm de diámetro anteroposterior, y su peso oscila entre 10,5 y 20 grs.

Su «parénquima» está envuelto por una gruesa capa fibrosa, denominada «túnica albugínea» (Wowes, 1974, p.2480).

El parénquima testicular contiene dos tipos de células diferentes, las células de Leydig, productoras de la hormona masculina (Testosterona) y las células de Sertoli, estas últimas, alojadas en el interior de los denominados túbulos seminíferos, siendo éstas las que, tras su maduración, se transforman en espermatozoides.

Es decir, el testículo, posee una «función endocrina», con la producción de la testosterona, hormona necesaria para la espermatogénesis intratesticular, para el mantenimiento la función de las glándulas accesorias del aparato genital masculino y para iniciar y mantener los caracteres sexuales secundarios en el varón, y una «función exocrina», encargada de la producción de los espermatozoides.

La etapa más importante en el proceso de maduración de los espermatozoides se realiza con la denominada «división meiótica» (no mitótica); por medio de esta división, el número de cromosomas que contienen las células primitivas o espermatogonias, pasa de ser de 23 pares de cromosomas (célula diploide) y que por medio de dicha división

se convierten en espermátides, células que contienen 23 cromosomas no pares (célula haploide).

Los espermatozoides, ya maduros, al fecundar los óvulos femeninos (también células haploides), formarán de su unión una nueva célula diploide, el cigoto, que en sucesivas multiplicaciones formarán un nuevo ser humano, diploide, conteniendo la mitad de sus cromosomas de cada uno de sus progenitores (Arrondo, 1994, pp. 3-8).

**caragüés** *m. coloq.* ‘testículo’.

Ej.: *Después de la vasectomía me salió un bulto en un caragüés.*

Esta voz no aparece en ninguno de los diccionarios consultados, ni generales ni dialectales.

De origen incierto. Acaso influido por la voz popular \**cacahués*, una de las tantas variantes de *cacahuete*, usada en La Rioja, pues no es extraño aludir humorísticamente al testículo o testículos equiparándolos a estos frutos.

**cataplínes** *m. coloq., eufem.* ‘testículos’. Usado exclusivamente en plural.

Ej.: *En la playa nudista se veía a los abueletes enseñando sus cataplínes y todo.*

En *DUE* (s. v. *cataplín*) se recoge esta acep. y se advierte de su uso informal y generalmente en plural. De manera similar, en *DEA* (s. v. *cataplín*) aparece como voz coloquial y eufemística con este mismo significado. No en *DLE*.

De entre los diccionarios dialectales, figura en *DA* (s. v.) con este mismo valor. El *VN* (s. v.) afirma que «equivale al eufemismo bemoles», y aporta el siguiente ejemplo: *La cosa tiene muchos cataplínes* [Pamplona]. Se deduce de ello que solo considera el uso figurado de esta voz.

En el *CHLR* (s. v. *cataplín*) se recoge nuestra acepción y se advierte de que casi siempre se usa en pl. [HR: Logroño; RI: Entrena; LAI: Alberite; TEV: Santurde de Rioja].

No deja de sorprendernos la lematización en singular de este término (aun con las advertencias de su uso general en plural), puesto que no hemos logrado recuperar ningún ejemplo de *cataplín* como ‘testículo’ en los corpus consultados.

El origen de la voz es desconocido, si bien todo parece indicar que se trate de un vocablo expresivo, similar a *cataplún* o *catapún*.

**güito** *m. coloq., humor., eufem.* ‘testículo’.

Ej.: *Doctor, a mi hijo solo le noto un güito. ¿Habrá que operarlo?*

Con esta acep., no se localiza en los diccionarios generales ni dialectales.

En CREA se atestigua el siguiente ejemplo: «Acabo de prensa hasta los mismos “güitos”. Pongo los periódicos sobre la mesilla de noche y me levanto a mear» [1981, Pérez Merinero, Carlos, *Días de guardar*].

En el *CHLR* (s. v.), figura la acep. ‘hueso de las cerezas y ciruelas’ [TEV: Santurde de Rioja], muy similar a la más extendida en español ‘hueso de una fruta, especialmente de albaricoque’.

No en *DCECH*. Parece que nuestro vocablo tiene su explicación en un uso metafórico y jocoso del *güito* ‘hueso de cereza o ciruela’ para referirse a los testículos pequeños. En ese caso, tendría más sentido pensar que esta voz se originó tras una síncope de la palabra *huesito* que lo hiciese a partir de *huevo*, a pesar de que fonéticamente es más plausible que se diera un proceso de disimilación en este último caso. En cualquiera de ellos, se produce la consonantización de *hue-* en *güe-*.

**lecherillas** *f. coloq. o vulg.* ‘testículos’.

Ej.: *A los riojanos les encantan las lecherillas, pero si supieran lo que son, muchos las rechazarían.*

En *DEA* (s. v.), se advierte que a veces en La Rioja se utiliza esta voz en lugar de *lechecillas*, que define como ‘mollejas’.

En el *CHLR* (s. v.), ‘criadilla, testículo’ [VR: Arnedo; TAS: Leiva].

Nuestra voz parece una variante de *lechecillas* ‘glándulas paratiroides de ciertos animales, como el cordero’. El cambio semántico ‘glándulas [...]’ → ‘testículos, criadillas’ podría deberse a una etimología popular, por interpretarse que son los testículos los productores del *semen* o *leche*. Obsérvese que esta misma etimología popular arraigó en navarro (*VN*, s. v. *lechezuela*), donde *lechezuela* se define como ‘criadilla, testículo animal comestible’

**melones** *m. vulg.* ‘testículos’.

Ej.: *Del balonazo, se le pusieron los melones más negros que el hollín.*

Con esta acepción, no lo hallamos en los diccionarios generales ni dialectales.

Evidente uso metafórico de *melón* como ‘fruto’, en alusión al gran tamaño de los testículos.

**mismísimos** *m. eufem., enfát.* ‘testículos’. Usado exclusivamente en plural.

Ej.: *Estando con los críos en el parque, me dieron un balonazo en los mismísimos que casi me deja sin respiración.*

De los diccionarios generales, solo el *DEA* (s. v.) se hace eco de este vocablo, que considera eufemismo de ‘los cojones’, en construcciones como *estar hasta los mismísimos* o *salirle a uno de los mismísimos*. El *DUE* (s. v.) se limita a categorizarlo como superlativo frecuente de *mismo*, y advierte de su uso enfático.

No se recoge en los diccionarios dialectales (tampoco del riojano).

La recategorización del adjetivo superlativo *mismísimos* (que, por cierto, manifiesta el mismo mecanismo gramatical de expresión enfática que, en su momento, tuviera la forma lat. vulg. \*METIPSIMUS, origen de *mesmo* y *mismo*) se da, como en tantas ocasiones en la historia del idioma, tras la elisión, por consabido, del sustantivo acompañante en el sintagma nominal en que aparece. En este caso, el núcleo de tal sintagma lo desempeñan sustantivos que frecuentemente refieren los ‘testículos’. Así lo encontramos, con carácter enfático, muy atestiguado en los corpus académicos: «Estoy de coles hasta los mismísimos cataplínes» [1981, Pérez Merinero, Carlos, *Días de guardar*]; «cada cual con lo que le merodease en la cabeza, en la conciencia o en los mismísimos bajos del vientre» [1984, Ayerra, Ramón, *La lucha inútil*]; «Y por eso, sólo por eso, para que nos traiga de los güevos, con perdón, de los mismísimos güevos, carajo, cada vez soy más malhablada, al pinche muerto, la asamblea democrática de maestros le paga un millón de pesos» [1991, Taibo, Paco Ignacio, *Desvanecidos difuntos*]; «Estoy hasta arriba, harto, o sea, hasta los mismísimos cojones, de tanta demagogia y tanto llanto de cocodrilo» [1999, Díaz, Lorenzo, *Informe sobre la televisión en España (1989-1998)*]; etc. De esta forma, se acaba omitiendo el referente por conocido, haciendo con ello desaparecer la palabra tabú y creando, al tiempo, su eufemismo, como en el primer caso atestiguado en CORDE: «Me tenía hasta los mismísimos. Y eso que tú no sabes ni la mitad de la segunda parte» [1962, Caballero Bonald, José Manuel, *Dos días de septiembre*].

**pelendengues** *m. coloq., vulg.* ‘testículos’.

Ej.: *Ahí estaba yo en la consulta, muy serio y formal, pero con los pelendengues colgando.*

*DLE*, *DUE* y *DEA* (s. v. *pelendengue*) remiten a *perendengue*, voz que definen con acepciones anteriores y distintas a la nuestra: ‘pendiente’ [arete], ‘adorno femenino de poco valor’, ‘moneda de vellón [...]’, ‘adornos, atavíos’ y

‘requilorios, dificultades, trabas’. Únicamente, en *DEA* (s. v. *perendengue*) se recoge este significado en su 3.<sup>a</sup> acep., en pl., eufem. *por cojones*, y se agrega que generalmente aparece en la construcción *tener perendengues*.

Los testimonios procedentes de los corpus consultados a propósito de *pelendengues* ‘testículos’ revelan que se trata de un significado relativamente reciente y, además, que, con ese valor, coaparecen en el mismo tiempo junto con la forma *perendengues*, que es la voz desde la que etimológicamente procede. Así, en CREA: «“¡Viva la gloria inmortal de Iberia, la irreductible!” ¡Es que hay quien nos gane en “*pelendengues*”, señor Iglesias! (Pablo ríe.)» [1986, Olmo, Lauro, *Pablo Iglesias*]; «¿Ves cuántas puertas hay en esta casa? Tres. ¿Y cuántos “*pelendengues*” tienes tú? Dos. Pues imagínate lo que vamos a poner en la tercera» [1991, Mendizábal, Rafael, *La abuela echa humo*]; «Mira, no me toques las “*pelendengues*” que no está el horno para bollos -me lanzó el humo a la cara-» [1991, José, Eduard, *Buster Keaton está aquí*]. Obsérvese, en este último caso, el género de la palabra.

En CORDE localizamos un ejemplo de la expresión figurada *tener pelendengues*: «- Ahora no se creerán que yo he hecho trampas: tía Sario las ha dao. - ¡En verdá, que la cosa tiene cien pares de pelendengues!» [1928, Alcalde del Río, Hermilio, *Escenas cántabras*].

En aragonés lo atestigua el *DA* (s. v.), con ambos sentidos: ‘órganos sexuales masculinos’ y en la expresión *tener muchos pelendengues una cosa* ‘ser enojosa, dificultosa’.

En riojano, lo recoge el *CHLR* (s. v.) donde, además de varias significaciones de ‘pendientes’, ‘ramos’, ‘tetillas del pescuezo de las cabras y de los gallos o gallinas’, figura como ‘atributos sexuales masculinos’ (*m. pl.*) [RI: Fuenmayor, Logroño; ATO: El Villar de Arnedo; TEV: Santurde de Rioja] y ‘testículos del hombre’ [HE: Entrena; LAI: Alberite; LM: Munilla]. En Sorzano (*VS*, s. v.), ‘pendientes’, y coloquialmente ‘testículos o cojones’.

Nuestro vocablo presenta alternancia de *r/l*, llamada por algunos lambdacismo, a partir del original *perendengues*. Por su parte, esta voz es de formación incierta, pero relacionada sin duda con *pender* ‘colgar’. Así, en *DCECH* (s. v. *perendengue*) se conjetura con una metátesis de *penderengue*, derivado de *pender*. Apunta también el mismo diccionario algunos datos de interés, como el uso localizado en Extremadura de *perendengue* como ‘testículo’, origen de la expresión *tener una persona o cosa tres*

*pelendengues* ‘ser muy fuerte en su género, ser extraordinaria o extraña’, apreciada como vulgar en todo el sur de España. Por lo que hace a nuestra variante concreta (*pelendengues*), pero con los significados anteriores a ‘testículos’, la considera usual en Bogotá y otras partes de América, así como en varias regiones de España: «en Aragón (de ahí aran. *plendengues* ‘pendientes de mujer en general’), en Vizcaya (Múgica), en el bajo pueblo de Madrid según López Silva, en varios puntos de Andalucía, en Murcia (Lemus), en el catalán de Valencia (Sanelo, Lamarca), etc., y ya empleada por Ramón de la Cruz a fines del S. XVIII».

**tomates** *m. eufem.* ‘testículo’.

Ej.: *Ayer me dio el macho una coza y tengo los tomates amarrotados.*

Con esta acepción, no lo hallamos en los diccionarios generales ni dialectales.

En *CHLR* (s. v.), únicamente se atestigua el significado de ‘trabajo, tarea, quehacer’ [HR: Logroño; HE: Entena; LAI: Alberite].

Se trata de una voz eufemística que utiliza metafóricamente el ‘fruto de la tomatera’ para aludir a los testículos.

**ubre**<sup>2</sup> *f. coloq. o vulg.* ‘testículo’.

Ej.: *Después de la vasectomía se me hincharon las ubres.*

Con esta acepción, no lo hallamos en los diccionarios generales ni dialectales.

La referencia a los testículos podría deberse a que estos cuelgan eminentemente en ciertos animales macho, como el toro, el caballo, etc. de modo similar a como hacen las ubres en otros animales hembra, y de ahí podría aplicarse a los atributos del hombre.

## 7.6. FUNCIÓN Y PRODUCCIÓN UROLÓGICA

### 7.6.1. ‘ORINA’

La orina, según el *DLE*, del lat. *Urīna*, es un líquido excrementicio, por lo común de color amarillo cetrino, que secretado en los riñones pasa a la vejiga, de donde es expelido fuera del cuerpo por la uretra.

Según el *GDM*, la orina es un líquido fisiológico, producido por los riñones dentro del ámbito de sus funciones de «excreción» (es decir de eliminación de los productos de desecho) y «conservadora» (el mantenimiento del agua, electrolitos y otras sustancias necesarias para el organismo).

El volumen diario de orina es de 1.000-1.600 ml., pudiendo variar según la cantidad de líquidos ingeridos.

Su pH oscila entre 4,8 y 8,6 y depende de la función tampón de los riñones.

Presenta un color amarillento más o menos intenso, en dependencia de las sustancias que lleva en disolución. Éstas pueden ser, normales o patológicas.

Entre las normales, se encuentran: urea, ac. úrico, creatina, creatinina, ácidos orgánicos (cítrico, láctico, oxálico), urobilina, sodio, potasio, calcio, amoníaco, cloruros, fosfatos y sulfatos.

Los elementos patológicos que pueden estar presentes en la orina son: glucosa, cuerpos cetónicos, proteínas (albúmina y otras proteínas anómalas), hemoglobina, mioglobina, sangre y bilirrubina. Además, pueden encontrarse gérmenes patógenos.

Todos estos componentes deben ser evaluados en los análisis rutinarios de orina, salvo los gérmenes que precisan análisis específicos para su identificación (urocultivo).

**meada** *f. coloq. o vulg.* ‘orina’.

Ej.: *Doctor, ya he echado la primera meada de la mañana para el análisis.*

Frecuentemente se utiliza tras el verbo *echar*.

El *DLE* (s. v.) define la voz como malson. ‘porción de orina que se expele de una vez’.

En *DEA* (s. v.), aparece como *vulg.* ‘acción de mear’, si bien el ejemplo aducido alude, en nuestra opinión, más bien al producto expelido, acorde con nuestra acepción: «Varios cerdos... se revuelven, sin dejar de gruñir, en los charcos de

meadas de bueyes» (L. Pacheco, *Central* 15). Es decir, se refiere, y así también nosotros, a la 'orina' en sí, no al acto de mear, ni a su cantidad emitida en ese acto.

En CREA existen ejemplos de nuestra acep. como 'orina' y no del acto de orinar o mear: «[...] vomitando igual que meaba, sin cambiar el gesto, sin molestarse en evitar la riada de orines o de vómito, tan líquido como la 'meada' y con el mismo olor» [2001, Muñoz Molina, Antonio, *Sefarad*]; « ¡Cómo odiaba el bacalao! “Cuando seas grande te gustará”, le decían, y lo mismo le pasaba con los riñones que olían a “meada”; “cuando seas grande te gustarán”» [1999, González, Eladía, *Quién como Dios*].

No se recoge en los diccionarios dialectales.

Se trata de un sustantivo deverbal, documentado ya en Vocabulario español-latino de Nebrija (*meada de meados, mictus, us*), formado a partir de *mear* (lat. vg. MEJARE < lat. cl. MEJERE) (*DCECH*, s. v. *mear*).

**meína** *f. coloq.* 'orina'

Ej.: *Cuando hace mucho calor, la meína me sale más oscura.*

Esta voz parece un riojanismo exclusivo, tan solo recogido en el ALEANR VIII, 104, en Cervera de Río Alhama. Este testimonio se refleja en el *CHLR* (s. v.).

Podría tratarse de un cruce entre *meada* y *orina*.

### 7.6.2. 'ORINAR'

Se entiende por orinar (del lat. *Urināre*) el acto de expeler naturalmente la orina almacenada en la vejiga a través de la uretra. (*DTM*) (*DLE*)

**cambiar el agua a las aceitunas** *loc. verb. coloq., eufem.* 'orinar'.

Ej.: *-¿Dónde está Juan? -Se ha ido a cambiar el agua a/de las aceitunas.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal.

No conocemos un testimonio anterior al popularizado por R. M. Valle-Inclán en *Luces de bohemia* (1920) (*apud* CORDE), destacado por Zamora Vicente (1967) como frase *de tinta madrileña*: «LA PISA BIEN: [...] ¿Adónde va usted, Don Latí? DON LATINO: A cambiar el agua de las aceitunas. Vuelvo. No te apures, rica. Espérame».



En *DEA* (s. v. *catalina*) aparece un ejemplo muy similar en el que el verbo *cambiar* se torna en *mudar*: «Con la de perritos que “habemus” llenándonos las calles con las catalinas que defecan, solo nos falaba la costumbre esta de alguno que otro del taxi de *mudarle el caldo a las aceitunas* en plena vía pública» [28/09/1974, Aristófanos, *Sábado Gráfico*, 46].

Obsérvese que la única diferencia entre nuestra loc. y la de Valle-Inclán reside en el cambio de preposición.

En el proceso de preparación de las aceitunas para su conservación, y con el fin de eliminar su amargor, se les cambia frecuentemente de agua.

**cambiar el agua al canario** *loc. verb. coloq., eufem* ‘orinar’.

Ej.: *Al llegar a la estación, todos nos fuimos al bar, menos tu padre, que tenía que cambiar el agua al canario.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal.

En CORDE y CREA se atestiguan algunos casos, el más antigua de los cuales es este: varias concordancias: «Cambiarle el agua al *canario* se hace aún dentro del sueño de la mañana, firmar un nuevo arrendamiento se hace con el guante del esqueleto» [1966, Lezama Lima, José, *Paradiso*]. También se documenta, más frecuentemente, en CORPES XXI, en casos como este: «Si no puedes más, venga, vale... Voy al váter a *cambiar de agua al canario*. No me vaya a mear encima por hacer fuerza» [2004, Bas, Juan, *La cuenta atrás*].

La expresión se explica por la acción de reponer con agua limpia el recipiente destinado para que los canarios, u otros pájaros domésticos, puedan beber dentro de sus jaulas.

**echar una caña** *loc. verb. coloq.* ‘orinar’.

Ej.: *Le pidió al autobusero que parara urgentemente para echar una caña en la cuneta.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal.

Es evidente que la expresión nace de la similitud de la caña ‘líquido contenido en un vaso, generalmente de forma cilíndrica o ligeramente cónica, alto y estrecho, que se usa para beber vino o cerveza’, con el color y cantidad de orina emitida en una micción.

**hacer un río** *loc. verb. coloq., eufem.* ‘orinar’.

Ej.: *¡Pues sí que tenías pipí! ¡Menudo río más grande has hecho!*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal.

Resulta claro que la expresión cobra su sentido cuando se realiza la micción fuera del retrete, en algún tipo de suelo en el cual se ve discurrir la orina a semejanza de un río por su cauce.

**regar las margaritas** *loc. verb. coloq., eufem.* ‘orinar’.

Ej.: *-¿Dónde está Juan? -Se ha ido a regar las margaritas.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal.

Se trata de un uso eufemístico por el que se asimila la acción de orinar con la de regar las plantas (en concreto, aquí, las margaritas). En principio, es una expresión que se explica primeramente cuando esta acción se produce en el campo. De ahí, pasa al significado generalizado de ‘orinar’.

### 7.6.3. ‘ORINAL’

Orinal, del lat. *urīnal*, *-ālis*. ‘recipiente de vidrio, loza, barro u otros materiales, para recoger los excrementos humanos’.

**bañal** m. ‘orinal’.

Ej.: *Los bañales antiguamente eran de metal o porcelana, y ahora son de plástico.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal, a excepción del *CHLR* (s. v.) ‘orinal’ [ATO: El Villar de Arnedo]. No en el *TLHR*.

Voz aferética de *albañal*, palabra de origen ár. hisp. (*alballá’a*, literalmente ‘tragona’), que define el *DLE* (s. v.) como 1. ‘canal o conducto que da salida a las aguas residuales’ y 2. ‘depósito de inmundicias’. Según CORPES XXI, La forma *albañal*, con estas acepciones, además de en España, se utiliza ampliamente en América, especialmente en Cuba, México y Venezuela.

El cambio significativo que se aprecia en nuestro vocablo guarda una relación directa con las acepciones generales, por el fuerte olor que desprende el orinal y por ser este objeto de micciones y deposiciones.

*Cf. bañán y baño.*

**bañán** *m.* ‘orinal’.

Ej.: *El bañán del abuelo, al ser metálico, está lleno de cosques.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal, a excepción del *CHLR* (s. v.) ‘orinal’ [HR: San Asensio]. No en el *TLHR*.

Esta variante de *bañal* podría explicar cómo mera alternancia de consonantes alveolares en posición implosiva o como asimilación por efecto de la nasal ñ.

Para su origen, *cf. bañal*.

**baño** *m.* ‘orinal’.

Ej.: *Al retirar el baño, hay que tener cuidado porque siempre está rebosando de orines.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal, a excepción del *CHLR* (s. v.) ‘orinal’ [ATO: El Villar de Arnedo]. No en el *TLHR*.

A nuestro juicio, la voz es fruto de una etimología popular, relacionando la forma rara (*al*)*bañal* ‘orinal’ con *baño*, palabra, a su vez, que designa el ‘retrete’ (*DLE*, s. v. *baño*).

*Cf. bañal y bañán.*

**orinero** *m.* ‘orinal’.

Ej.: *No se te olvide llevarte el orinero a la cama.*

Voz exclusiva de La Rioja.

Se recoge en el *VR* (y de ahí, en *CHLR*) (s. v.), como ‘orinal’, voz usada en Logroño, atestiguada en el inventario fechado en 1832 en esta ciudad: «Un orinero pequeño de vidrio».

Derivado de *orina* mediante el sufijo *-ero*, de gran versatilidad, en este caso orientada a la función de este recipiente. Verbigracia, ‘meadero’, ‘cagadero’, etc.

**pote** *m.* ‘orinal’.

Ej.: *Para no salir al baño, el abuelo meaba en un pote que guardaba debajo de la cama.*

No figura con nuestra acepción en los diccionarios generales.

En *HB* (s. v.), se define como ‘vasija de barro, para recoger la miera, que se suspende de una laña clavada al tronco de los pinos’.

En el *CHLR* (s. v.), sí se registra nuestro significado de ‘orinal’ [ALEANR VI, 791: Enciso; DIJ: Autol; ATO: El Collado].

La palabra *pote* experimenta aquí una especialización semántica a partir de su significado genérico de ‘especie de vaso de barro, alto, que se usaba para beber o guardar líquidos y preparados’. Es voz de origen catalán, *pot* ‘bote, tarro’.

## 7.7. ESTADOS DEL PENE

### 7.7.1. [ESTADO MORFOLÓGICO DEL PENE] ‘ENCOGIDO, PEQUEÑO’

Se recurre a palabras que designan estas acepciones en contextos variados. Así, siguiendo a Froilán Sánchez (2007, p. 55): «con relativa frecuencia, algunas madres muestran preocupación por el tamaño del pene de sus hijos. También algunos adultos, en general jóvenes, consideran que tienen un pene pequeño».

Igualmente, en la andropausia, el aparato genital masculino disminuye su tamaño y es muy frecuente que el paciente refiera que *se le ha encogido*.

La longitud media del pene en reposo se sitúa entre los 7-10 cm y, en erección, entre los 13-16 cm, siendo la media mundial 14 cm, con un diámetro de 4 cm y una circunferencia de 10-11 cm. El frío tiende a encogerlo y el calor a dilatarlo, sobre todo en estado de flacidez (*ibid.*, p. 54).

También tienen eco estos significados al aludir a casos como cuando el pene está enterrado (Fotografía 26) bajo una voluminosa capa de tejido graso o entre hernias inguinales o hidroceles. En estos dos últimos ejemplos, el pene no ha disminuido de tamaño, sino que está escondido (Fotografía 27) y por eso se conoce con el término de *pene enterrado* o *pene oculto*. Este recupera su aspecto normal tras la resolución de la patología que lo esconde (Rivas y cols., 2011, p. 311).



Fotografía 26. Pene enterrado. Fuente: Rivas y cols. (2011, p. 311)



Fotografía 27. Pene oculto. Fuente: Rivas y cols. (2011, p. 311)

**acucñarse** *prnl.* [aplicado al pene] ‘arrugarse, encogerse’

Ej.: *Desde que tomo estas pastillas, se me ha acucñado por completo.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal, ajeno al riojano.

En el *CHLR* (s. v.) ‘encogerse, acurrucarse’ [VA: Arnedo; ATO: El Villar de Arnedo].

Se trata de una variante de la familia de *acurrucar*. Acaso esté conectada con el arag. *acurcullarse* ‘ponerse encogido como un ovillo’ (*NDEA*, s. v.), con un cambio de palatales -ll- > -ñ-, e influido por el riojano *acucurrarse* (v. *supra.*).

Cf. *acurrucarse* y *acucurrarse*.

**acucurrarse** *prnl.* [aplicado al pene] ‘arrugarse, encogerse’.

Ej.: *Al ir a sondarme, se me acucurró y no me la encontraban.*

No figura en ningún diccionario general ni dialectal.

La voz puede explicarse fácilmente como el resultado de una metátesis consonántica a partir de *acurrucarse*.

Cf. *acurrucarse* y *acucñarse*.

**acurrucarse** *prnl.* [aplicado al pene] ‘arrugarse, encogerse’.

Ej.: *Al ir a sondarme, se me acurrucó y no me la encontraban.*

De los diccionarios generales, únicamente el *DUE* (s. v.) refleja este significado en referencia a cosas, además del generalizado para personas.

En aragonés (*NDEA*, s. v.), se utiliza la variante *acurcullarse* ‘ponerse encogido como un ovillo’, recogida también en *DA*.

No figura, por tanto, en ningún diccionario dialectal.

El origen de esta voz es incierto. El *DCHCE* (s. v.) detalla por extenso las dos posibles vías para llegar a nuestra forma y concluye con que ambas tuvieron que intervenir en este resultado. Por un lado, procedería de *acuruarse*, derivado de *curuja* ‘lechuza’, en el sentido de ‘estar oculto como la lechuza’. Varios testimonios del occidente peninsular respaldan este uso o similares. Los autores no ven dificultad fonética en el cambio en -rr- y -c-; por otro lado, podría relacionarse el antiguo *acorrucar* con el lat. *CORRUGARE* ‘arrugar’, con una asimilación de la *g* en *k* por la consonante inicial (comp. *cogote* > *cocote*).

Nuestra voz no sirve para ayudar en la etimología de esta palabra, pero sí presenta cierta originalidad, puesto que se aplica aquí a una parte del cuerpo y no al cuerpo entero.

*Cf. acucurrarse y acucuñarse.*

**arrecucharse** *prnl.* ‘encogerse’.

Ej.: *A los mayores se les arrecucha el pito; al abuelo ni se le ve.*

No se documenta en los diccionarios generales ni dialectales ajenos al riojano (y, parcialmente, en Burgos).

En *CHLR* (s. v.), 1. *tr.* ‘envolver en el brazo a un niño y hacerle carantoñas’ [TEV: Santurde de Rioja]. 2. *prnl.* ‘acurrucarse’. [VOC: Neila. Villavelayo].

De origen incierto. No parece guardar relación, por su significado, con *arrechucharse* ‘empujar’ (*DLE*, s. v.). Acaso esté emparentado con *arrecostarse* (con *aprotética* desde *recostarse*) ‘acostarse’, con una pronunciación checheante de -t-, tan típica del riojano, que daría \*arrecocharse.

**encodujonado**, *a adj. coloq.* ‘[aplicado al pene] arrugado, encogido’.

Ej.: *¡Doctor, desde que me pusieron ese tratamiento para la próstata, el pene siempre está encodujonado; no se levanta nunca!*

No aparece en ningún diccionario general ni dialectal, salvo en el *CHLR* (s. v.) ‘dícese de la persona encogida, tímida y de corto ánimo’ [RI: Lumbreras].

De *encodujonar*, voz derivada de *codujo* ‘último rincón de la alforja’ [DP: Calahorra; VC: Calahorra], derivado regresivo de *codujón*, marcada como ar. en el

*DLE* (s. v. *codujón*), pero muy presente en riojano, como atestigua el *CHLR* (s. v. *codujón*): «1. Cogujón, extremidad o punta del costal en forma de pico [RI: Arnedo, Ausejo, Hornillos de Cameros, Murillo de Rio Leza, Ollauri, Ventrosa de la Sierra; DD: Autol; ML: Matute; ATO: El Collado, El Villar de Arnedo; LAI: Alberite; LAI: Aguilar del Rio Alhama, Inestrillas; TEV: Santurde de Rioja]. 2. Cosido hecho con puntadas muy grandes [VC: Calahorra]. 3. Bolsa que se improvisa con una manta o trapo grande. [RI: Ausejo, Hornillos, Ollauri; VA: Arnedo]; etc.». El vocablo *codujón* manifiesta alternancia de consonantes aproximantes con respecto a la voz de la que procede, *cogujón*, acaso por influencia de *codo*. La palabra *cogujón* (*DLE*, s. v.), por su parte, es el resultado etimológico del lat. CUCULLIO, -ONIS ‘capucho’ y significa ‘cada una de las puntas que forman los colchones, almohadas, serones, etc.’.

Semánticamente, se trata de un uso metafórico por el que se aplica a las cosas, en este caso, al pene, la acción de encogerse, de igual modo que se encoge la persona *acodujonada*.

### 7.7.2. ‘ESTADO FUNCIONAL DEL PENE’

En este apartado semántico nos referimos a los diversos «aspectos» o «estados» que presenta el pene en sus diferentes etapas evolutivas del acto funcional de la erección.

**descapullado** coloq. ‘[referido al pene] erecto, descubriéndose el glande’.

Ej.: *Si no está descapullado, se me sale el preservativo.*

No hemos encontrado este término con nuestro significado en ningún diccionario general ni dialectal.

Únicamente en *DEA*, s. v. *descapullar*, encontramos nuestra ac.: tr (vulg) Descubrir [el glande]; aunque en esta referencia no alude a que se produzca como manifestación del proceso de erección ni a su aspecto funcional.

En el resto de diccionarios generales y dialectales, aparece únicamente como ‘quitar el capullo a lago’.

Tampoco se refrenda en el *DCECH* ni en los diferentes corpus del español consultados.



En urología entendemos por descapullar al acto de descubrir el glande al retraerse el prepucio y éste, puede realizarse de forma manual, p.ej. para su exploración o bien de una forma fisiológica al producirse la erección peneana.

El glande aparece cuando comienza a ponerse el pene en erección, con lo cual crece y el prepucio se retrae.

Cuando existe fimosis, debido a la estrechez del orificio prepucial, no se puede descubrir el glande, es decir no se puede descapullar y debe de procederse a la realización de la circuncisión.

Una vez realizada la circuncisión, el glande está siempre descubierto.

**ponerse en erupción** *loc. verb. coloq.* ‘ponerse[le a alguien] el pene erecto’.

Ej.: *Desde hace más de un año, no se me pone el pene en erupción.*

La locución no figura en los diccionarios generales ni dialectales. La voz *erupción*, por su parte, es un latinismo que se incorpora al español a finales del s. XVIII. Así Terreros (s. v., *apud NTLLE*) lo define como ‘salida violenta de aire, fuego, etc.’; el *Suplemento* de la 4.<sup>a</sup> ed. del *DRAE*, en 1803, (s. v., *apud NTLLE*), lo incorpora con dos acepciones: «Salida de algún humor dañoso al cutis en granos o manchas. Así decimos: las viruelas aún no han hecho su erupción» y «Hablando de los volcanes, la salida de la lava por la explosión de las materias inflamables».

A nuestro entender, podría tratarse de una forma producida por etimología popular, dado el parecido fonético con otro cultismo latino, la voz *erección*, y la idea de que la eyaculación consecutiva a la erección resulta una *erupción* seminal.

**ponerse rosiente** *loc. verb. coloq.* ‘ponerse[le a alguien] el pene en el grado máximo de erección’.

Ej.: *Siempre presume de que se le pone enseguida rosiente.*

Interesa en esta locución tanto la variante *rosiente* por *rusiente*, como el significado preciso de la expresión compleja.

La palabra *rosiente* no aparece en los diccionarios generales.

En CORDE, se atestigua un caso de interés metalingüístico y normativo: «Aprovecho la ocasión para advertir que aunque es muy general decir *rosiente* para determinar el grado excesivo de calor que alcanza un cuerpo, debe decirse *rusiente* para hablar con corrección» [1982, Muro, Ángel, *El Practicón. Tratado completo de cocina*].

Según *DCECH* (s. v. *rusiente*), la voz *rusiente* ‘candente’ es «voz aragonesa, afín o tomada del cat. dial. *rosent*, variante de *roent* íd., que procede del lat. RŪBENS, -ĒNTIS, ‘rojo, enrojecido’». En esta obra se advierte que la Academia introdujo este término en 1817 sin calificación regional, a pesar de no constarle su uso general en castellano. El *DLE* (s. v. *rusiente*) sigue sin poner ninguna marca dialectal.

La voz *rusiente* solo figura en los diccionarios de aragonés consultados. Sin embargo, la variante *rosiente* es exclusiva de La Rioja. Así, en *CHLR* (s. v.): ‘*rusiente*’ [HR: Ventrosa de la Sierra; RI: Castañares de Rioja, Haro, Ollauri, Zarratón; VOC: Neila, Villavelayo; HA: Anguiano; HE: Entrena; LAI: Alberite; LM: Munilla; TEV: Santurde de Rioja].

Según Echaide y Saralegui (1972, s. v.), de no ser el resultado de un cruce directo entre *rusiente* y *rojo*, el cambio de *-u-* en *-o-* se apoyaría en voces de la familia léxica de *rojo* o de *rosado*.

Finalmente, el significado de la locución, aplicada al *pene*, podría explicarse metafóricamente por referirse a la acción por la que el miembro viril adquiere su máxima turgencia por la irrigación sanguínea, que provoca en el glande una coloración rojiza, de aspecto equiparable al de los objetos candentes por efecto del fuego.

## 7.8. LA RELACIÓN SEXUAL

Entendemos por relación sexual al conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto o del mismo sexo, no excluyendo *a priori* ninguno de ellos.

### 7.8.1. ‘CALENTURA SEXUAL’

**fogarrera** *f. coloq.* ‘calentura sexual’.

Ej.: *Doctor, cuando tengo una fogarrera, mancho hasta el pantalón.*

No hemos encontrado esta palabra en ningún diccionario general ni dialectal.

En las fichas de nuestra encuesta, se localiza en las Viniegras.

Nuestra voz podría tomar la raíz de una hipotética forma \**fogarrada*, alteración enfática de *fogarada* ‘llamarada’, mediante el sufijo *-era*, que refiere acciones que ocurren espontáneamente y en un corto periodo de tiempo (comp. *ventolera*, *cagalera*, *pedorrera*, etc.).

Desde el punto de vista urológico, tras una excitación de tipo sexual o *calentura sexual*, comienza a expulsarse una secreción de líquido mucoso por el meato uretral del pene, con finalidad lubricante, preparando al pene para la penetración. Está producida por las glándulas uretrales de Cowper y de Littré (Coolsaet, 1999, p. 167-169, quien, cuando la excitación se produce visualmente o por fantasía, sin haberse producido una erección, denomina al cuadro *impudicia*).

El producto de secreción de estas glándulas es un líquido de aspecto claro, viscoso, mucoso y se vierte de manera gradual a la uretra bajo estimulación erótica y sirve de lubricación. Está compuesto principalmente por galactosa, ácido oxálico y galactosamina, y no contiene espermatozoides (Arrondo, 1994, p. 13).

### 7.8.2. ‘REALIZAR EL COITO’

Para mencionar las relaciones sexuales, y evitar términos obscenos y vulgares ya en el *Corpus Hippocraticum*, aparecen gran cantidad de eufemismos como: *acto sexual*, *unión*, *la mujer que vaya hacia el hombre*, *estar junto a o al lado de*, *la relación*, *ir hacia alguien*, *acercarse a alguien*, *juntarse*, *llegar*, *alcanzar*, *mantener trato con*

*alguien, visitar con frecuencia, yacer, echarse en la cama con alguien, estar en la cama junto a alguien, dormir con alguien, junto a alguien.* (López Férez, 2006, pp. 507-517)

Siguiendo en esta línea en nuestro hablar coloquial encontramos las siguientes, muchas de las cuales vistas aisladamente parecen algo incoherentes y toman su verdadero valor en el seno de una conversación informal.

**chivar** *tr. coloq. o vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *La juventud no para de chivar actualmente.*

No se documenta con nuestro significado en ningún diccionario general ni regional.

En CORDE hay un testimonio dudoso: «[...] se amarró el dinero entre las piernas! [...] lo quiero también... Para comprar sellos, o para comprar postalitas, o para irme al billar de la esquina, o para irme a rascar con unas mujeres malas, o para *chivar*, para darme el gustazo de *chivar* [...]» [1960, Montes Huidobro, Matías, *La sal de los muertos*].

De origen dudoso. Por un lado, podría interpretarse como derivado de *chivo*, vía por la que nos inclinamos, siendo *chivar* ‘fastidiar, molestar, engañar’ (*DCECH*, s. v. *chivo*). Por otro lado, en la lengua romaní (*LRM*, s. v.) se recoge el término con varias acepciones, entre las que destacamos la de tr. ‘entrar o meter’.

**cumplir** *intr.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Estoy preocupado. Ya van cinco meses sin poder cumplir con mi mujer.*

Solo el *DEA* (s. v.), de entre los diccionarios generales, incluye este valor (‘realizar el acto sexual’) y también, como en nuestra voz, se indica que se trata de un verbo intransitivo.

Encontramos en CORDE un testimonio muy antiguo del vocablo de sentido muy cercano o idéntico: «sucedió en Castilla con aquella esclava andaluça llamada Elena de Céspedes, la qual, dexado el hábito de muger, fingió muchos años ser hombre, y mostrava serlo aunque mal tallado y sin barba, con cierto artificio que traía puesto para *cumplir* con mugeres» [1599, Huerta, Jerónimo de, *Traducción de los libros de Historia natural de los animales de Plinio*]. En CREA se documentan varias concordancias, de entre las que extraemos la siguiente: «¿Falla en su higiene personal? ¿Se debe el malestar a los hilos del dispositivo intrauterino...? O tiene erosión de la vagina por haber tenido relaciones sexuales sin estar debidamente estimulada, por lo tanto,

adolorida posteriormente, por *cumplir* con la pareja sin que medie su deseo» [1989, Ostolaza Bey, Margarita, *Política sexual en Puerto Rico*].

No lo hallamos recogido en otros diccionarios dialectales con nuestra acepción.

En *CHLR* (s. v.) se registra como *tr.* ‘apetecer’<sup>51</sup> [VR; VA: Arnedo; LM: Munilla], mientras que las acepciones como *intr.* tienen que ver con ‘alcanzar una mujer o un animal hembra el final de su gestación’. El *DLE* (s. v.) solo recoge, en sexta posición, la acepción general ‘ser el tiempo o día en que termina una obligación, empeño o plazo’, de la que la nuestra es una especialización semántica.

En consulta de urología se oye con frecuencia decir al paciente que desde un tiempo atrás no puede *cumplir* con su mujer, para manifestar que padece una impotencia. Esta expresión, así como la de *hacer uso del matrimonio*, se explican desde el ámbito del derecho canónico, en que se recoge un deber denominado *débito conyugal* por el que los cónyuges se obligan a mantener relaciones sexuales para engendrar hijos a los que tienen que educar.

**echar un caliqueño** *loc. verb. vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Estoy desesperado: hace un siglo que no echo un caliqueño.*

Se recoge la loc. en *DUE* y *DEA* (s. v. *caliqueño*) con el mismo valor; no así en *DLE* (s. v. *caliqueño*), que define el sustantivo con su significado original de ‘cigarro puro de escasa calidad’.

En *CREA* se testimonia un ejemplo de la locución: «Tendría que haber puticlubs de guardia, como las farmacias. Así, me iría ahora allí -o mejor, llamaría para que me mandaran una tía- y perdería el tiempo echando algún *caliqueño* que otro» [1981, Pérez Merinero, Carlos, *Días de guardar*].

En riojano, queda recogida la acepción de ‘coito rápido’ (*CHLR*, s. v. *caliqueño*) [HE: Entrena; LM: Munilla; TEV: Santurde de Rioja].

Parece claro que la apariencia del puro caliqueño guarda cierta similitud con el pene, de donde podría relacionarse el término con nuestro significado.

<sup>51</sup> Como anécdota personal, al realizar una historia clínica a un paciente añoso, tras preguntarle «¿Qué cantidad de vino ingiere usted cada día?», su contestación fue rotunda y precisa: «¡La que me cumple!».

**echar un cirigüete** *loc. verb. eufem.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *No te lo crearás, pero el otro día le eché un cirigüete a Teresa.*

Solo hemos localizado la voz *cirigüete* en el dialecto riojano (*VR*, s. v.), con el significado de ‘bofetada’, usado en Nájera, así como la variante *cirigüeto* en Logroño (HR).

Acaso el sufijo *-ete* recuerde aquí al de la voz vulg. *casquete* ‘coito’, y hay influido en la desviación semántica de nuestra palabra, si bien el golpeo de los cuerpos durante el acto sexual podría llegar a asemejarse al del impacto de una bofetada.

Desconocemos el origen del vocablo *cirigüete*.

**echar un flete** *loc. verb. coloq.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *En echar un flete voy a estar pensando... ¡Con el problemón que tengo encima!*

El *DLE* (s. v. *flete*) recoge en primer lugar los significados más antiguos de la voz, a saber, ‘precio estipulado por el alquiler de una nave o de una parte de ella’ y ‘carga de un buque’. Así lo hacen también el *DUE*, con definiciones parecidas. Ambos incluyen una acep. marcada geográficamente como de Cuba, ‘cliente de una prostituta’, también llamada allí *fleterera*. Al margen de lo descrito, hay cabida en ellos para otros significados propios de América, en general, o de ciertos países del continente americano, en particular, en que se acaba extendiendo esta voz desde el ámbito marítimo al del interior (se alude con ella al precio y carga del transporte, generalizado, y también de forma concreta al caballo, en particular).

El *DEA* (s. v. *flete*), además de esta información, incorpora como propios del registro jergal los significados que aquí interesan más, es decir, ‘acto sexual’ y ‘relación sexual informal y pasajera’.

No hemos localizado la expresión en ningún diccionario dialectal.

El sustantivo *flete* y la expresión *echar un flete* se registran, desde hace más de un siglo, en el *Diccionario de argot español* de Besses (1906, s. v. *flete*), que define esta última como ‘fornicar’.

En relación con su origen, no hemos encontrado una información segura, de entrada porque ni en *DLE* y *DUE* ni en *DCECH* aparece *flete* con el valor aquí recogido. Para los significados en ellos incluidos, hay consenso en que se trata de un préstamo del fr. *fret*. En la plataforma de diccionarios en línea llamada *Búho.Guru* (2021, s. v. *flete*) se señala la siguiente explicación: «1. m. Coito. Todas estas acepciones [*sic*] parecen ser diversos usos figurados del significado recto de la voz: ‘precio convenido para el alquiler de un barco, generalmente para la carga’ o ‘carga que se transporta por mar o

tierra'; en ellas el *flete* se transforma de carga en *descarga* pagada (coito) [...]». Sin embargo, vemos más plausible conectar *flete* con el verbo *fletar*, apoyados por la siguiente pista del DCECH (s. v. *flete*, n. 3): «Queda a Dios *tiangués* bellos, / donde las de turca blanca / se van a beber *atole* / y a *fletarse* por dos cañas», hablando de Méjico, en Rosas de Oquendo, h. 1600 (*RFE* IV, 358), muestra el sentido de 'alquilarse' extendido en términos generales (V. lo dicho arriba de *flete*), a no ser que se trate de *fletarse* por 'frotarse' dicho obscenamente». En efecto, además del *fletar* derivado de *flete* 'precio de alquiler [...]' o 'carga [...]', existió otro *fletar* 'frotar', 'restregar', hoy en desuso, como se aprecia al no figurar en el *DLE*, y que el diccionario etimológico vincula con el cat. ant. y dial. *fretar*, hermano del oc. *fretar* y fr. *freter*. La semántica del roce es fácilmente exportable al ámbito sexual, por lo que acaso estemos ante un sustantivo deverbial de ese *fletar*. Cierto es que de este último verbo quedó el sustantivo *fleta* (hoy 'paliza', en Chile, [*DLE*, s. v.]), y no *flete*, pero no descartamos que se hayan producido interferencias entre ambas familias léxicas (*flete* 'precio', 'carga' → *fletar* 'alquilar', 'cargar' // *fletar* 'retregar', 'frotar' → \**flete* 'coito', 'roce sexual').

**echar un quiqui** *loc. verb. coloq.* 'practicar el coito'.

Ej.: *Ayer bebieron de más y se fueron a echar un quiqui al hotel.*

En *DUE* (s. v. *quiqui*), vulg. (echar) 'coito'.

En CREA se atestiguan tres casos, sin bien con otros verbos: «-Está bien. Anda, sé amable e invítame a una copa, cariño. -¿Una copa? -...a menos que prefieras subir directamente a las habitaciones a *hacer el kiki*. ¿Te apetece? Follo de maravilla, cielo. Te la chupo y me lo trago -declara fieramente» [1988, Ribera, Jaume, *La sangre de mi hermano*]; «ABUELA.— Como a la una. ¿Quiere algo? JULITA.— Una aspirina, tengo la cabeza como un tambor. ABUELA.— Eso es de darle al coco. JULITA.— No abuela, eso es de no *darle al kiki*. ABUELA.— Pues lo siento, pero aquí nadie toma aspirinas» [1990, Mendizábal, Rafael, *La abuela echa humo*]; «Tuvo tantas dificultades como Tristán para *echar* el primer *quiqui*, el primero. Pues sí, tuve, las tuve parecidas. ¿Sí? Incluso para el segundo, aún mayores, o sea, fue tremendo» [13/12/96, Transcripción oral, *Lo más plus* (Canal Plus)].

No aparece en los diccionarios dialectales.

De origen incierto. Acaso pudiera tratarse de una adaptación del inglés *quikkie* 'a sexual act that takes a very short time' (*OALD*, 2021). Cf. Rodríguez González (2002, p. 53).

**empujar** *intr. vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Juan y Lola parecían tímidos, pero bien que empujan cuando tienen oportunidad.*

De los diccionarios generales, solo en *DEA* (s. v.) aparece definido como ‘fornicar [el hombre]’, con la marca de jerga.

En *CREA* encontramos una coincidencia: «Los amantes que deseen referirse a ellas no disponen de muchas posibilidades si quieren huir de las expresiones soeces. No se puede acudir en pleno romanticismo a verbos como “lamer”, “chupar”, “empujar”. La seducción de las palabras llegará en ayuda de quien se la pida al dios del lenguaje» [2001, Grijelmo, Álex, *La seducción de las palabras*].

Nótese que el verbo manifiesta intransitivación en el empleo con este significado.

**engarrincharse** *prnl. coloq.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *A altas horas de la noche, los tortolitos acabaron engarrinchándose.*

La voz no figura en los diccionarios generales ni en los corpus de español.

En *VN* (s. v.) ‘engancharse’ [Cascante].

En *CHLR* (s. v.) aparece nuestra expresión con el significado de ‘realizar el coito dos perros’ [HR: Anguiano; TEV: Santurde de Rioja].

Podría tratarse de un cruce entre *enganchar* y *garra*. Nótese que el arabismo *garra*, además de ‘mano de las fieras y aves de rapiña, armada de uñas corvas, fuertes y agudas’, históricamente ha significado ‘pierna’ y que se utiliza en Aragón, Navarra y América actualmente como ‘pantorrilla’ o ‘pierna’ (*DCECH*, s. v. *garra*), y también en La Rioja (*CHLR*, s. v. *garra*). En nuestra región, además, se registra en la misma obra la voz *esgarranchado* ‘caído con las piernas muy abiertas’ [RI: El Villar de Enciso].

Posiblemente, con esta palabra se evoque la posición en que acaban los perros cuando realizan el coito, ya que mantienen unidos el extremo posterior de sus patas traseras durante bastante tiempo<sup>52</sup>. Voces como *desengarrarse* ‘separarse el perro de la perra una vez

<sup>52</sup> La monta en los perros consta de varias etapas (Farstad, 2000, pp. 127-129). El perro monta sobre la hembra, agarrándola y abrazándola por los flancos, delante del coxal y con movimientos copulatorios busca el orificio vulvar. El pene del perro tiene un hueso que le da rigidez (*ox penis*), que hace que el perro pueda penetrar antes de comenzar la erección.



realizado el coito' [HR: Ventrosa de la Sierra] o *engarrado, da* 'aplicase al perro o perra cuando realizan el coito'. [HR: Ventrosa de la Sierra; RI: Ollauri], dan muestra del vivo empleo de esta familia léxica.

Como se puede apreciar, de nuevo, términos reservados para el reino animal acaban siendo aplicados al mundo del ser humano.

**enjaretar(la)** *tr. coloq. o vulg.* 'practicar el coito'.

Ej.: *Al final resulta que tengo problemas para enjaretarla, doctor.*

La voz no se recoge en los diccionarios de uso generales ni en los dialectales con nuestro significado, si bien en *DLE* (s. v. *enjaretar*) y otros, figura su valor más extendido: 'hacer pasar por una jareta un cordón, cinta o cuerda'.

En *DCECH* (s. v. *jareta*) figura el dialectalismo *enjaretar*, en Murcia, como 'intercalar, incluir', 'hacer algo con rapidez' (este último valor ya presente en el diccionario académico actual). Con el sentido de 'intercalar' lo hemos hallado también en aragonés (*DA*, s. v.)

El vocablo deriva, por parasíntesis, del sustantivo *jareta*, actualmente 'doblado que se hace en la ropa para introducir una cinta, un cordón o una goma' (*DLE*, s. v.). El verbo *enjaretar* (*CHLR*, s. v.) es polisémico en riojano: «1. 'encajar, endilgar una mentira, una fábula' [VR; LM: Munilla]; 2. 'inventar patrañas, mentir' [VR; LM: Munilla]; 3. 'endilgar, encajar algo a alguien con una mentira' [TEV: Santurde de Rioja]; 4. 'confeccionar los intestinos de los cerdos para llenarlos de pasta de morcilla' [EAP: Antoñanzas, Peroblasco, Valle del Cidacos]; 5. 'coser los intestinos del cerdo una vez llenos de mezcla de embutido' [RA: El Horcajo de Cameros, El Hoyo, Lumbreras, Finilla La Rade, Pajares, San Andrés de Cameros].

Nuestra voz se explica por metaforización del pene como cordón y la vagina como jareta por la que se introduce aquel. Por tanto, es un término asociado en la actualidad con el ámbito de la costura, a pesar de que este uso es más bien reciente. El *DCECH* (s. v. *jareta*) señala que esta palabra, del ár. vg. *šarīṭa* 'cuerda de fibras de palmera

---

Tras la penetración, se completa la erección dentro de la vagina con la dilatación de la estructura eréctil del bulbo del glande (indispensable para el acoplamiento entre la vulva y el pene), unido a que la perra cierra un anillo muscular llamado *esfínter vulvar* por detrás del bulbo, impidiendo que este se salga.

La eyaculación se realiza en tres etapas, la segunda de las cuales dura aproximadamente uno o dos minutos. Finalizado este momento, el macho desmonta y se voltea hasta adoptar una posición *cola con cola* con la hembra, por la que queda la pareja mirando para lados opuestos, trabados por sus genitales. A esta posición se le llama *abotonamiento* (Hernández Rodríguez, 1998, p. 974).

trenzadas’, tuvo su empleo más antiguo (1.<sup>a</sup> doc. 1573) y extendido en el mundo marítimo, donde designaba un tipo de red de pesca.

Como en otros casos, el clítico *la* hace referencia al ‘miembro viril’.

**envainar(la)** *tr. coloq. o vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *A la hora de envainarla, no se me levantaba...*

No se recoge con esta acepción en ningún diccionario general ni dialectal.

Leemos en el *DLE* (s. v. *envainar*) el significado más tradicional: ‘meter en la vaina la espada u otra arma blanca’.

Derivado del sustantivo *vaina* (lat. VAGĪNA) ‘funda ajustada para armas blancas o instrumentos cortantes o punzantes’, el verbo parasintético se documenta por primera vez en Guillén de Segovia (1475), según *DCECH* (s. v. *vaina*). Por supuesto, no es fruto de la casualidad el empleo sexual de este verbo, habida cuenta de la metaforización aceptada del cultismo neolatino *vagina*, presente ya en la 5.<sup>a</sup> ed. del *DRAE* (1817), que designaba ya entonces el «conducto que se extiende en las hembras desde el pubis hasta la vulva o matriz» (*apud NTLLE*). Curiosamente, no hemos constatado el uso de *vaina* como ‘vagina’, pero *envainar(la)* no deja lugar a duda de que la metáfora sigue vigente, reforzada por la idea de que el miembro viril equivale al arma o espada que se introduce en la vaina.

En otro orden de cosas, hacemos notar que Nebrija incluye una entrada para *vaina de cojones*, definida como *scrotum, i* (*apud NTLLE*).

**hacer fokin-fokin** *loc. verb. vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Mateo y Pili no se cortan ni un pelo. El otro día los sorprendí haciendo fokin-fokin detrás de un arbusto.*

Locución no presente en los diccionarios generales o regionales.

Pensamos que podría tratarse de un préstamo del inglés *fucking* id., con adaptación fónica de la /ʌ/ inglesa en /o/ (comp. *jonrón* < ingl. *home run*, etc.), si bien reduplicado, a nuestro juicio, por imitación de la reiteración de las penetraciones.

**hacer uso del matrimonio** *loc. verb. eufem.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Este Roberto es un poco beato. Me parece que aún no ha hecho uso del matrimonio.*

No figura la locución en los diccionarios generales. Sí recogen estos el verbo

*consumar* (DLE, s. v.) o la locución *consumar el matrimonio* (DUE, s. v. *matrimonio*), como ‘realizar los recién casados el acto sexual por primera vez después del matrimonio’.

Se trata de una expresión ampliamente documentada en CORDE y CREA. Por ejemplo: «Este mismo Sínodo prohibió a los subdiáconos contraer segundas nupcias, so pena de bajar al grado de ostiarios, lo cual parece indicar que se les permitía, como a los clérigos inferiores, hacer uso del matrimonio, hasta que se lo vedó San León Magno en el siglo V» [1929, García Villada, Zacarías, Historia eclesiástica de España. Tomo I: El cristianismo durante la dominación romana]; «Exactamente me ha dicho que “sería mucho mejor para Sara y para el bebé, que no hicierais uso del matrimonio hasta que nazca lo que sea”» [1993, Diosdado, Ana: *Trescientos veintiuno, trescientos veintidós*]. Es locución que, por lo dicho, juzgamos de uso generalizado, a pesar de que no hallamos encontrado huellas de dicho empleo en las obras lexicográficas, ni generales ni dialectales, razón por la que la incluimos en nuestro estudio.

Por lo demás, es sabido que en el ámbito del derecho canónico se recoge un deber de los cónyuges llamado *débito conyugal* por el que estos tienen la ‘obligación de unirse sexualmente en virtud del amor mutuo para engendrar los hijos que han de educar’ (DLE (s. v. *débito*)). El empleo de nuestra locución supone una generalización semántica, puesto que la referencia al acto sexual puede darse fuera del matrimonio.

**machar** *tr. coloq. o vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Luisito se pasa los fines de semana machando con las turistas.*

No se recoge en los diccionarios generales con esta acepción.

En riojano, *machar* (CHLR, s. v.) presenta varios significados en la misma línea, pero dentro del mundo animal: «1. ‘cubrir el morueco a la oveja’ [ALEANR V, 613:103]; 2. ‘cubrir el cabrón a la cabra’ [ALEANR V, 626:103]; 3. ‘cubrir el verraco a la cerda’ [ALEANR V, 658:103]; 4. ‘cubrir el macho a la hembra’ [HR: Ventrosa de la Sierra].

Voz derivada del sustantivo *macho* (lat. MASCULUS), en nuestro caso tras una extensión semántica referencial desde el animal al hombre, que parece convertir en propiedad o característica del macho la acción de aparearse con la hembra.

**meter(la) (en caliente)** *tr. vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Al final resulta que tengo problemas para meterla, doctor.*

De los diccionarios generales, solo el *DEA* (s. v. *meter*) registra esta voz, marcada como jergal, con este significado ‘fornicar’.

En CREA, se atestiguan dos casos: «Un compañero dice que a los hombres, cuando tienen ganas de sexo, no les importa mucho con quién. ¿El caso es *meterla*? ¿Existe algún hombre capaz de rechazar una oferta sexual?» [28/03/2003, *El País*, *El País de las Tentaciones*, “Desigualdades ancestrales”]; «-El sida. -¿Qué es eso? -Una nueva enfermedad. Ya no puedes *meterla* en cualquier parte: se te cae a cachos. -Una venérea, vaya -trata de justificarlo a la brava-» [1995, Sierra i Fabra, Jordi, *El regreso de Johnny Pickup*].

Otro testimonio de CORPES XXI se identifica con la locución verbal *meterla en caliente*: «se la sacó, no veas el aparato que tenía [...] yo creo que no la había *metido en caliente* todavía, en la cara de inocente se le veía [...] [2011, González Montes, Antonio, *El grito*].

Como en otros casos, el pronombre femenino *la* hace referencia al ‘pene’. Por lo demás, la expresión resulta bastante transparente teniendo en cuenta un contexto sexual.

**metérsela hasta el hondón** *prnl. vulg.* [aplicado al hombre] ‘practicar el coito’

Ej.: *Le costó un buen rato, pero después de camelarla, se la metió hasta el hondón.*

No está presente en los diccionarios generales ni dialectales. El *DLE* (s. v. *hondón*) refleja las acepciones más comunes: ‘suelo interior de cualquier cosa hueca’ y ‘lugar profundo rodeado de terrenos más altos’.

Siguiendo a Moreno Torres (2000, p. 769), en la descripción del lema *hondón* se indica que en la *Historia de la composición del cuerpo humano* (Juan Valverde, 1556, p. 271) se describe perfectamente el *hondón* o vagina de la madre:

«...divídese [la madre] ordinariamente en cuello y hondón o, por mejor decirlo, cuerpo.

El cuerpo comienza de la boca de la natura, debajo de la ternilla que juntan los huesos del pendejo, y camina derechamente hacia arriba, arrimado a la tripa del cagar, hasta llegar frontero de la parte más alta de los huesos del pendejo,

donde nacen los morcillos derechos de la barriga; y allí comienza el cuello de la madre».

De ello se deduce que la metáfora del *hondón* como ‘vagina’ ha formado parte de la mentalidad de los hablantes de nuestra lengua en siglos pasados. Sin embargo, en nuestra expresión particular, el *CHLR* (s. v. *hondón*) ofrece las pistas para entender la referencia extralingüística sobre la que se metaforiza en esta expresión. Así, el *hondón* es ‘cada uno de los fondos de la cuba o del tonel’ [ALEANR II, 208: 605; VV: Aldeanueva de Ebro], y también el ‘fondo o base de las piezas de cestería’ [LC: Arnedo, Rincón de Soto]. Documentado también en *DVR* (s. v.), con este último significado.

**metisaca** *m. vulg.* ‘coito’.

Ej.: *Roberto no tiene remedio. Siempre pensando en el metisaca.*

El *DLE* y *DUE* (s. v.) recogen únicamente la acepción taurina ‘estocada imperfecta, en la cual el torero clava el estoque en la res y lo saca rápidamente sin soltarlo’. El *DEA*, en cambio, incluye nuestro valor como jergal.

Los testimonios de CORDE y CORPES XXI no presentan nuestro sentido; sin embargo, en CREA hay dos casos de una misma obra: «Una, por ejemplo, podría pedir a un ex camarero que haya trabajado en Francia, que esta semana haya atracado dos Bancos y una Caja Postal de Ahorros y que esté más salido que un rucho. Entonces la maquineta le atizaba mi dirección y los dos le dábamos al *metisaca* durante toda la tarde» [1981, Pérez Merinero, Carlos, *Días de guardar*].

No lo hallamos en diccionarios de otros dialectos.

En *CHLR* (s. v.) sí figura como ‘acto sexual’ [HE: Entrena; LAI: Alberite].

La voz es transparente desde el punto de vista de su composición, que tiene como bases compositivas los verbos *meter* y *sacar*, sin duda referidas al pene con respecto a la vagina durante el acto de la cópula.

**peinársela** *prnl. vulg.* [aplicado al hombre] ‘practicar el coito’.

Ej.: *Después de la cita decidió peinársela en un portal.*

No hallamos esta expresión en los diccionarios generales ni en los corpus de español.

Tampoco aparece en los diccionarios dialectales con nuestra acepción.

A nuestro ver, se trata de un mero sinónimo de *cepillarse* [a alguien], voz que figura en el *DLE* (s. v. *cepillar*) como *vulg.* ‘poseer sexualmente a alguien’, si bien,

nuestra expresión se emplea con el pronombre *la*. Cabe preguntarse si este clítico hace referencia a la mujer o, como en otras ocasiones, al miembro viril masculino. A este respecto, encontramos una expresión rimada que puede ser ilustrativa: *Jugar al cepillo: tú pones los pelos y yo pongo el palillo* (Simón, 2018).

**pochar** *tr. vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Ya sabes que Manolo está obsesionado con pochar. No deja de hablar de lo mismo...*

No se documenta con nuestro significado en ningún diccionario general ni regional.

En riojano (*CHLR*, s. v.), solo se recoge un significado culinario: ‘dejar a medio hacer un cocido para terminarlo después junto al guiso’ [ATO: El Villar de Arnedo].

Se trata de un claro derivado de *pocha* ‘aparato genital de la mujer’ [HR: Logroño, Ventrosa de la Sierra; HE: Entrena; LAI: Alberite; TEV: Santurde de Rioja], según figura en *CHLR*, s. v.

**putiar** *intr. vulg.* ‘practicar el coito’.

Ej.: *Alvarito no tiene vergüenza: no para de putiar con cualquiera.*

El *DLE* recoge *putear* como voz malsonante: ‘dedicarse a la prostitución’, ‘tener relaciones sexuales con prostitutas’, y ‘mantener relaciones sexuales con varias personas’. En *DUE* y *DEA* (s. v. *putear*), se recogen las dos primeras acepciones, a las que añade el *DEA* la siguiente: ‘prostituir [un hombre a una mujer]’.

En CORDE se atestiguan las primeras documentaciones del verbo *putear*, con nuestra misma variante fonética *putiar*, en una misma obra: «Decía este negro esclavo porque no le dexaua hurtar ni emborrachar ni *putiar* ni tauaquear ni jugar en nengún juego»; «No conquistaron ni hizieron nada, cino todo era dormir y comer y ueuer y putear y holgar y hazer fiestas y uanquetes y pasearse en la ciudad con los demás [...]» [1595, Poma de Ayala, Felipe Guamán, *El primer nueva corónica y buen gobierno*].

En CORPES XXI, también se documenta nuestra variante con un significado idéntico: «Pero perdidos, maestro. Porque aquí la mamá queda, pero el papá se va: a *putiar* con otra en otro toldo» [2010, Vallejo, Fernando, *El don de la vida*].

No aparece en ninguna obra lexicográfica dialectal, ni siquiera del riojano.

Se trata de una forma que presenta una mera diptongación del hiato *-ea-*.

**quilar** *tr. y pron.* ‘practicar el coito’.

Ej.: -¿*Qué tal te fue anoche? -Al final me la quilé*

De entre los diccionarios generales, solo se recoge en *DEA* (s. v.), marcada como jergal ‘realizar el acto sexual con alguien’.

En CREA, se atestigua un caso claro: «Te interesaba Fina más que el polvo con la vieja, ¿no? Fuiste a ella, tirada en el suelo como una maleta. La tenías dura aún, canalla, y yo me hacía ilusiones. Ahora vendrá conmigo otra vez -me dije, y a *quilar* y *quilar* como él sabe, hasta que muramos» [1991, Satué, Francisco Javier, *La carne*].

No figura en otros diccionarios dialectales, ni siquiera del riojano.

Tampoco aparece en el *DCECH*. Fuentes Cañizares (2008, p. 157) ve en este verbo un derivado del caló *quilé* y *quil* ‘pene’, *quilé* ‘cópula’ (además, *quiló* ‘arrojo, valor’), que relaciona con el romaní *kilo* ‘estaca’ o *kile* ‘estacas’. Buzek (2016, p. 202) se suma también a esta interpretación, a pesar de que el verbo *quilar* no lo encuentra en su corpus de diccionarios del caló.

### 7.8.3. ‘MASTURBARSE’

Masturbar(se), del lat. *Masturbāri*, consiste en estimular los órganos genitales u otras zonas erógenas para proporcionar goce sexual e incluso alcanzar el orgasmo. Suele realizarse con la mano aunque pueden utilizarse otros medios para proporcionar goce sexual. (*DTM*);(*DLE*)

Conocida también por «onanismo» y, según se constata en Juan Naval (1799): *Tratado médico-quirúrgico de las enfermedades de las Vía de la Orina*, editado por la Asociación Española de Urología. (*Edición facsímil*). Madrid, 2009, p. 149, como «*manstrupación*» y en el que refiere que su uso produce lumbalgia. [No en *DLE*, *DUE*, *DEA*, ni en *DCECH*. No en COSER, PRESEEA, VALESCO, CORDE, CREA ni en CORPES XXI].

**hacerse una gallumba** *prnl. vulg.* ‘masturbarse’.

Ej.: *Llegó tan acalorado a casa que tuvo que hacerse una gallumba.*

La palabra *gallumba* no aparece en los diccionarios generales ni dialectales.

Apreciamos un posible parentesco con la expresión *gayola*, vulg. ‘masturbación’, si bien desconocemos el origen etimológico de ambas.

Otra opción sería que derivara del instrumento musical *Gallumba* o *Gayumba* de origen dominicano, palabras con la que hacen referencia a un instrumento musical llamado cítara de suelo y que posee un agujero en la parte central, pudiéndose asimilar al introito vaginal. (Lizardo, 1974, p. 283)

**hacerse una manuela** *prnl. eufem.* ‘masturbarse’.

Ej.: *Llegó tan acalorado a casa que tuvo que hacerse una manuela.*

Solo el *DEA* (s. v. *manuela*) recoge el sustantivo como ‘masturbación’, marcado como jergal.

No hemos hallado esta expresión en los diccionarios dialectales.

Parece evidente, en su origen, la relación con el sustantivo *mano*, de la cual pudo derivarse el diminutivo *manola* (sufijo *-ola* en catalán, coincidente con la forma latina), y, de esta voz, por influjo del nombre propio, *manuela*, como expresión eufemística.

Será oportuno recordar que, tal como se apunta en *DCECH* (s. v. *mano*), el verbo *masturbar* es un derivado de *mano*, aunque ya usado en latín (MASTURBARI < MANUS TURBARE o de MANUS STRUPARE). La *manstrupación* figura ya en el *Tratado médico quirúrgico de las vías de la orina*, de Juan Naval (1799), mientras que el término *masturbar* no se documenta hasta el diccionario académico de 1899.



## 7.9. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Todo síndrome o enfermedad presentan una serie de signos y síntomas.

El signo (del lat. signu(m)), es la manifestación objetiva de una enfermedad o un síndrome, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que lo presenta. Puede ser espontáneo o provocado por una maniobra exploradora.

El síntoma (lat. tardío symptōma del gr. Sýmptōma) ‘fenómeno que concurre’ es la manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece.

Cuando una alteración puede ser percibida tanto por el enfermo como por un observador externo es un signo (por ejemplo, la fiebre), pero la sensación subjetiva que la acompaña (por ejemplo, la cefalea) es un síntoma. (DTM) (DLE)

### 7.9.1. ‘COLOR LÍVIDO’

Según DLE dicese del color que tira a morado.

**livio**, a *adj.* ‘lívido’.

Ej.: *¿Te encuentras bien? Se te ve un poco livio.*

Se trata de una variante evolucionada de *lívido*, no presente ni en diccionarios generales ni dialectales. Del lat. LIVĪDUS, la síncopa de *-d-* intervocálica recuerda casos consolidados en castellano como *lucio* (< lat. LUCĪDUS), *lacio* (lat. FLACĪDUS) o *rucio* (ROSCĪDUS).

### 7.9.2. ‘SÍNTOMA DE FIEBRE’

Cuando se habla de tener fiebre o de síndrome febril, nos estamos refiriendo al conjunto de síntomas y signos del mismo.

Entre los signos, podemos destacar el enrojecimiento de la piel, la hipertermia en todo el organismo y medible con los termómetros, la sudoración, temblor, escalofríos, etc.

Pero al lado de estos signos visibles, existen los denominados síntomas o sensaciones que percibe el paciente febril y son a estos síntomas los que nos vamos a referir con los siguientes lemas:

**aguerado, da** *adj.* ‘amodorrado’, ‘cansado’.

Ej.: *Doctor, esta fiebre me está dejando aguerao.*

El verbo no figura en los diccionarios generales ni dialectales.

*Aguerar* es, a todas luces, una variante fonética de *anguerar*, riojanismo que junto al más conocido *enguerar* significa ‘molestar’, ‘dar que hacer’ (*DLE*, s. v. *enguerar*).

El verbo *enguerar* se usa también como pronominal, con el valor de ‘implicarse en muchas o demasiadas tareas’ (Ej.: *No sé cómo lo hago que al final acabo enguerándome en todo*). Así mismo, también es habitual el uso del sustantivo *enguerero*, con el valor de ‘tarea molesta’ (Ej.: *A mi pobre madre la meten siempre en tantos engueros que no la dejan vivir*).

*Enguerar* y *anguerar* son derivados de *enguera* o *anguera*, variantes que proceden, a su vez, del lat. *ANGARĪA* ‘prestación de transporte, obligado en caballería’. En la Edad Media, designó el pago o indemnización por el aprovechamiento de una bestia de carga que se daba en préstamo. También aludía a la prestación de carga o transporte que debían realizar los reos de delitos graves, y de ahí pasó a significar, según el *DCECH* (s. v. *angarillas*), los propios arreos con los que se llevaban a cabo tales prestaciones y que, consecuentemente, se pueden identificar con el esfuerzo, las molestias o la carga que denota el verbo *enguerar*. De la misma familia es *angarillas*, que tiene el valor de ‘armazón que sirve para transportar objetos (o personas) en una caballería’.

La originalidad de nuestra voz (*aguerado* ← *aguerar*), además de por ser riojanismo exclusivo y variante fónica de *anguerar*, reside en el cambio semántico supuestamente experimentado desde la causa (‘molestar’, ‘implicar en una tarea’) hasta la consecuencia (‘cansar’, ‘amodorrar’). Dicho cambio no hace sino poner de relieve el uso y vitalidad de la expresión en La Rioja.

**azorrado, da** *adj. coloq.* ‘amodorrado’, ‘cansado’.

Ej.: *Seguramente tendrás fiebre. Te noto bastante azorrado ahí en el sofá.*

El *DLE* (s. v. *azorrar*) señala que *azorrarse, prnl.*, es ‘quedarse como adormecido por tener la cabeza muy cargada’. En *DEA* y *DUE* (s. v. *azorrarse*), *prnl.*, ‘amodorrarse’.

La primera documentación de la voz está en *Autoridades* (s. v. *azorrarse*), donde se define como ‘estar como dormido, y casi sin el uso libre y entero de los sentidos, por tener mui cargada la cabeza, o por causa de alguna enfermedad, o accidente, o por exceso de haber bebido demasiado vino, o por razón de la pesadez

del tiempo'. El *DCECH* (s. v. *azorrarse*) da credibilidad a la explicación etimológica que agrega *Aut.*: «Es voz del uso familiar formada de la partícula A, y del nombre Zorra, que metafóricamente se toma por borrachera: y por eso comúnmente se dice del que está borracho, que está azorrado, ò que tiene zorra». Agrega el diccionario etimológico que también se podría pensar en el mareo o modorra que causa el exceso de humo, llamado *zorrera*.

Vemos que el significado recogido en *Aut.* incluye la enfermedad como unos de los contextos en que se da el amodorramiento y en este aspecto hay mayor similitud de nuestro vocablo con ese antiguo uso que con el descrito en la definición del *DLE*.

No se atestigua en otras obras lexicográficas del riojano.

**blando, da** *adj.* 'amodorrado', 'cansado'.

Ej.: *Ahí tienes a tu hermano en la cama. Está de un blando el pobre.*

El *DLE* y *DUE* (s. v.) recogen solo, aplicado a personas, el siguiente significado: 'pusilánime, de carácter débil'. El *DEA* aporta, además, el siguiente: 'que tiene poca fuerza o energía'.

En *DTM* (s. v.) leemos: «Aplicado a una persona, a su personalidad o a su comportamiento: débil, excesivamente indulgente o que no sabe imponerse».

Parece claro que nuestra voz se explica por la falta de energía que caracteriza a la persona blanda, como quedaba reflejado en *DEA*. De ahí, entonces, 'amodorrado', 'cansado'.

En *CHLR* (s. v.) solo figura la acepción: «Dícese del vino que ha perdido 'agujas' [VV]».

**blandurrio, a** *adj.* 'amodorrado', 'cansado'.

Ej.: *Ahí tienes a tu hermano en la cama. Está de un blandurrio el pobre.*

Voz derivada de *blando, da* (*cf. supra*) con el suf. diminutivo despectivo *-urrio*, posible préstamo vasco al igual que *-urro, -urria, urrio*, como *chiquiturrio, delgadurrio*. (Pharies, 2002, s. v. *-urrio*).

En *VN* (s. v.) figura aplicada a personas con el significado de 'blando (tierno y amoroso, que demanda cariño o caricias)'.

En *CHLR* (s. v.) 'blandengue, enclenque, sin energía' [RI: Arnedo, Fuenmayor, Ollauri; HE: Entrena; TEV: Santurde de Rioja]. En *LCC* (s. v.) hallamos la misma acepción que en nuestro caso: 'blandengue' [en su acepción 2. Dicho de una persona:

‘flojo por causa de enfermedad’]: la fiebre lo ha dejado *blandurrio*.

### 7.9.3. ‘SEQUEDAD DE LA BOCA’

El término científico es *xerostomía*, que consiste en la falta de secreción salivar (aptialismo) con sequedad de la mucosa oral, pudiendo ser provocada por estados vegetativos adrenérgicos, procesos inflamatorios, etc. (Farreras-Rozman, 1975, p. 10; Woves, 1974, p. 2694; Wilson, 1991, p. 295).

**de estropajo** *loc. adj. coloq.* ‘[aplicado a la lengua o la boca] seca’

Ej.: *Me ha sentado mal la comida y ahora tengo la boca de estropajo.*

El *DLE* (s. v. *lengua*) define *lengua de estropajo* como coloq. ‘persona balbuciente, o que habla y pronuncia mal, de manera que apenas se entiende lo que dice’, por lo que se aleja de nuestro significado. En *DEA* figura *espartoso, sa*, ‘que tiene alguno de los caracteres del esparto, esp. la sequedad’.

No aparece en los diccionarios dialectales.

En La Rioja, las voces *esparto* y *estropajo* se utilizan como sinónimas [ATO: El Villar de Arnedo; LAI: Alberite], e incluso se documenta el curioso cruce *estroparto* [VR: Arnedo; VC: Calahorra] (*CHLR*, s. v. *esparto*).

La sequedad del *estropajo* explica su empleo en esta locución.

**leza** *f.* ‘boca seca’.

Ej.: *Después de vomitar, se me ha quedado un poco de leza.*

La palabra *leza* no está recogida en *DLE*, *DUE* ni *DEA*.

En CORPES hay una referencia etimológica de la voz, a propósito del topónimo guipuzcoano *Lezo*: «Lezo.- Paraje profundo: su radical, leza, significa ya una cueva en peña o tierra, ya algún sitio muy metido entre montes» [1854, Moguel, Juan Antonio, *Cartas y disertaciones sobre la lengua vascongada*].

No se recoge en ningún diccionario dialectal.

A pesar del testimonio aducido desde CORPES, Leza y Lezo no son voces vascas, o al menos no se recogen en los diccionarios de euskera consultados. Consideramos que nuestra expresión es una forma aferética formada a partir de *maleza*, con el mismo significado (*cf. infra*).

**maleza** *f.* ‘boca seca’.

Ej.: *Después de vomitar, se me ha quedado un poco de maleza.*

En los diccionarios generales se recogen otros significados. Empleos antiguos y desusados son los que figuran en el *DLE* (s. v.) como ‘maldad, iniquidad’ o ‘mala condición, mala constitución’.

No se emplea con nuestra acepción en los dialectos vecinos.

En *CHLR* (s. v.) se define ‘boca seca y labios secos’ [HR: Matute], así como ‘residuo de la destilación’ [ETV: San Vicente de la Sonsierra; ML: Matute].

La voz *maleza* (del lat. MALITĪA) se emplea aquí en sentido figurado, acaso por la sequedad que caracteriza las malas hierbas.

#### 7.9.4. ‘QUE PRODUCE CÓLICO’

Nos estamos refiriendo en este momento al denominado por el *DLE*, sv cólico, al cólico nefrítico, o cólico renal.

Médicamente se entiende por cólico nefrítico al acceso de dolor violentísimo, agudo y continuo, con exacerbaciones paroxísticas, localizado en la región lumbar como consecuencia de la obstrucción de la pelvis renal o del uréter, generalmente por un cálculo o un coágulo de sangre que emigran a lo largo del uréter. El dolor puede permanecer localizado o irradiarse a lo largo del flanco y fosa ilíaca hasta los órganos genitales externos y, a menudo, se acompaña de manifestaciones vegetativas reflejas, como náuseas y vómitos, o de hematuria si el cálculo erosiona la mucosa de las vías urinarias. (*DTM*)

**colicoso, a** *adj.* ‘que produce cólico’.

Ej.: *Hay que tener cuidado con las aguas duras, que son colicosas.*

No aparece la palabra *colicoso* en los diccionarios generales ni se atestigua en los corpus consultados.

En el habla en la Bureba (*HB*, s. v.) se emplea con el mismo valor, en Poza (*Las almendras son colicosas cuando están verdes*).

No se ha documentado previamente en riojano.

Se trata de un derivado de *cólico* con el sufijo *-oso, a*, en el sentido expresado en la 2.<sup>a</sup> acep. del *DLE*: ‘[Aparece en adjetivos derivados de sustantivos o de verbos]. Tiene significado activo’, como en *afrentoso, resbaloso, tropezoso*.

### 7.9.5. ‘ARDOR’

Ardor del latín *ardor*, *-ōris* es una sensación de calor o quemazón que se siente en la uretra al paso de la orina cuando existe una uretritis o una infección de orina.

**turror** m. ‘ardor’.

Ej.: *De la zambostada que me he dado, se me ha quedado un turror que ni te cuento...*

La voz no está presente en ninguno de los diccionarios generales consultados ni en otras obras lexicográficas de dialectología, incluidas las del riojano.

Sustantivo derivado de *turrar* (lat. *TORRĒRE*), que en nuestro dialecto, como se lee en *CHLR* (s. v. *turrar*) designa varias acepciones relativas a las sensaciones de dolor: « *int* 1. ‘escocer’ [DE; CVR; VR; HR: Grañón, San Millán de la Cogolla, Villarta-Quintana; RI: Cervera del río Alhama, Nájera, Ollauri; VOC: Santurde de Rioja; MRA: Rioja Alta; VO: Valle del Oja; LA: Anguiano; PV: Cervera del Río Alhama; HE: Entena; LM: Munilla; TEV: Santurde de Rioja]; 2. ‘doler’ [GC: Castilseco, Galbárruli]; y 3. ‘picar una herida’ [VR; MRA: Rioja Alta; TEV: Santurde de Rioja].

Según comenta el *DCECH* (s. v. *tostar*), en Asturias se emplea *turrar* (aunque con el significado convencional de *torrar*), voz que figura sin marca dialectal en el *DLE* (s. v.) como ‘tostar o asar en las brasas’.

Es claro el uso figurado del verbo *turrar* y de nuestro sustantivo en riojano, muy habitual, por otra parte, en el campo de las sensaciones.

### 7.9.6. ‘TEMBLOR’

Movimiento anormal involuntario consistente en oscilaciones rítmicas de un segmento corporal alrededor de un eje. Las descargas que dan lugar al temblor pueden ser sincrónicas o alternantes en los músculos agonistas y antagonistas. La clasificación de los temblores es compleja y se basa en la etiología, la topografía o las circunstancias de aparición: reposo, acción, postura, etc. (*DTM*)

**retembleque** m. *coloq.* ‘temblor repetido del cuerpo’.

Ej.: *Me dijo el médico que cuando desperté de la anestesia tuve un retembleque que les asustó de verás.*

No aparece el vocablo en los diccionarios generales de español. Tampoco en los dialectales.

En CORPES XXI leemos un testimonio argentino, aunque en él desempeña una función aparentemente adjetival: «[...] “enséñame a fumar”, y se sentó al lado mío. Me ofreció uno del paquete y se puso a buscar el encendedor en la mesa. Lo tenía yo; entonces con las dos manos, porque estaba *retembleque*, llevándolas bien para adelante como si estuviera rezando, se lo encendí» [2001, López, Alejandro, *La asesina de Lady Di*].

Voz formada desde la base *tembleque* con el prefijo reiterativo *re-*, de igual modo que *retemblar* desde *temblar* o, en este mismo léxico, *retemblor* desde *temblor* (cf. *infra*).

**retemblor** *m.* ‘temblor repetido del cuerpo’.

Ej.: *Anoche estuve con retemblores por la fiebre, pero al rato me encontré mejor.*

La palabra *retemblor* no está recogida *DLE* ni en *DUE*, pero sí en *DEA* (s. v.), definida como ‘acción de retemblar’.

En CORDE, hay dos concordancias, pero con otra acep.

No lo hallamos en los diccionarios dialectales consultados.

El sustantivo se forma a partir de la base *temblor*, con el prefijo de repetición *re-*, de igual manera que del verbo *temblar* se construye el derivado *retemblar* ‘temblar con movimiento repetido’ (*DLE*, s. v. *retemblar*) o el sustantivo coloquial *retembleque* (cf. *supra*).

**tiriteo** *m.* ‘tiritona’.

Ej.: *Incluso en la cama, tenía un tiriteo que ni con diez mantas se me pasaba.*

No figura la palabra en *DLE*, *DUE* ni *DEA*.

De los corpus consultados, solo en CORDE encontramos el siguiente caso: «[...] ¿Sabes quién era Ninón de Nanclós?... ¿Lo sabes? - No he oído mentar a ese señor... - murmura ella con *tiriteo* de tercianas» [1952, Carrasquilla, Tomás, *Frutos de mi tierra*].

En *VN* no se recoge el sustantivo, pero sí los verbos *tiritiar* [Aóiz] y *tirititear* [Zona de Sangüesa]. En *DA* tampoco figura nuestra voz, pero sí los verbos *tiritiar* y *titiritiar*. Véase, además, *ALEANR*, VIII, 1036.

En *CHLR* (s. v.) se define como ‘tiritona’ [LAI: Alberite]. Así, en *LAI* (s. v.) se aduce el siguiente ejemplo: *Por los escalofríos y el tiriteo que tenía, enseguida vi que tenía fiebre, y se explica que es un sustantivo deverbial analógico de *tiritear*, verbo usado con frecuencia*

en Alberite en lugar de *tiritar*. Véase, además, Mangado (2001).

### 7.9.7. ‘CICATRIZ’

Se entiende por cicatriz (del lat. *cicātrix*, *-īcis*) al tejido neoformado para reparar una herida o cualquier otro proceso de destrucción tisular, así como a la señal o marca que queda en los tejidos lesionados después de curar una herida o pérdida de sustancia. (DTM) (DLE)

Del lat. *CICĀTRIX*, *-ĪCIS*. Señal que queda en los tejidos orgánicos después de curada una herida o llaga (DLE, s. v.).

**costura** *f. coloq.* ‘cicatriz’.

Ej.: *Me han operado de un riñón y mira que costura me han dejado.*

Los diccionarios generales ofrecen acepciones muy similares, pero no exactamente con nuestro significado médico particular.

En COSER y PRESEEA figuran también con valores diferentes. En CORDE, sin embargo, vemos la antigüedad de este empleo, extendido profusamente en los primeros manuales de cirugía, de los que extraemos solo tres ejemplos: «sy la llaga fuere superficial asi como en el cuero sola mente la *costura* debe ser superficial E sy la llaga fuere profunda la *costura* debe ser fecha profunda por que se ayunte todas las partes dela llaga» [1450, Anónimo, *Arte complida de cirugía*]; «dende con el vncino fuerte fincado en medio del círculo señalado: & inciso sea eleuado todo el mirach & sea ligado con filo fuerte. o sea cosido asi como fue dicho con la *costura* del vientre bien & fuertemente: guardando que no sea tomado alguna cosa del estentino» [1493, Anónimo, *Traducción del Tratado de cirugía de Guido de Cauliaco*]; «E aquesto notarás en la *costura* que se faze en la cara: sienpre deue ser más sotilmente fecha & más mejor que en las llagas de todos los otros mienbros» [1495, Anónimo, *Traducción de la Cirugía Mayor de Lanfranco*].

También se documenta en CORPES XXI: «mudaba de aspecto como un camaleón según la hora del día y los gin and tonics que se hubiera tomado. A la hora del desayuno, con las *costuras* (Fotografía 28) de la cirugía marcadas en la carótida, parecía un bisabuelo del conde Drácula» [2001, Serna, Enrique, «La Palma de Oro», *El orgasmógrafo*].



No aparece en las obras de lexicografía dialectal consultados.

Como apunta el *DLE* (s. v.), el vocablo procede del lat. vulg. \*CONSUTŪRA ‘arte de coser’, y este der. del lat. CONSŪTUS, part. pas. de CONSUĒRE ‘coser’.



Fotografía 28. Costuras antigua y reciente (G-V) de lumbotomías. Fuente: N. J. R. George (1991, p.19).

**piquera** *f. coloq.* ‘cicatriz’.

Ej.: *Ahora que se te han caído los punto me he fijado: ¡vaya piquera te ha quedado!*

El *DLE* (s. v.) incluye, entre otros, el significado de ‘herida en las carnes’. El *DUE* (s. v.), por su parte, recoge una acepción parecida, pero dialectal (Aragón): *inf.* ‘herida situada en la cabeza’. Así también la incorpora *DA* (s. v.), como ‘herida contusa en la cabeza’.

En Soria se registra el vocablo con nuestro valor, tal como señala el *DAS* (s. v.) ‘herida o cicatriz’, que señala que normalmente se aplica a las heridas o cicatrices de la cabeza, particularmente las que son consecuencia de una pedrada.

En La Rioja lo hallamos en *CHLR* (s. v.), definido ‘cicatriz’ [LM: Munilla]. Obsérvese que Munilla es una localidad situada a los pies de la Sierra de la Hez y del Camero Viejo, al sur de la provincia, y cercana, por tanto, a Soria.

Derivado de *pico*, la primera documentación de *piquera* pertenece al *Libro de la caza* (1325-1326) de don Juan Manuel, con el sentido de ‘dispositivo de protección con que se cubre el pico del ave’. Sin embargo, desde 1513 (Gabriel Alonso de Herrera, *Libro de agricultura*) comienza a usarse como ‘agujero o ventana [...]’, porque habría de realizarse con un objeto punzante o pico. A partir de esta acepción, se explica por

metaforización el empleo de esta voz como ‘herida’ o, consecuencia de esta, la ‘cicatriz’.

### 7.9.8. ‘POSTILLA’

La palabra *postilla* no aparece definida en los diccionarios de terminología médica: *DTM*, *GDM* ni en *DEM*. Tampoco en los libros de medicina ni cirugía consultados.

En *DTM* aparece como sinónimo y coloquial del lema *costra*, definiendo esta como formación sólida que se superpone a una lesión cutánea exudativa, segregante o hemorrágica, que se deshace fácilmente entre los dedos y está constituida por el exudado, el pus y la sangre desecados.

En *DLE*, f, del lat. *\*pustella*, por *pustŭla*, ‘costra’

**esmostizar(se), esmotizar(se)** *prnl. coloq.* [referido a una postilla] ‘desprenderse’.

Ej.: *Al caer de la bici se me esmostizó la postilla de la mano.*

No hallamos ninguna de estas palabras en los diccionarios de uso generales consultados.

Tampoco la hemos localizado en ningún diccionario de los dialectos regionales circundantes, por lo que parece un riojanismo exclusivo.

Conviene aducir los significados recogidos en La Rioja de ambas voces. Así, en *CHLR* (s. v. *esmostizar*): 1. *tr.* ‘aplastar’ [VC: Calahorra]; 2. ‘desmoronar, deshacer las sustancias de más o menos cohesión’ [VA: Arnedo; LAI: Aguilar del Río Alhama, Inestrillas]; 3. *prnl.* ‘desprenderse una postilla a consecuencia de algún golpe’ [VR: Cervera del Río Alhama; LAI: Aguilar del Río Alhama, Inestrillas]. Y *esmotizarse* (*CHLR*, s. v.) *prnl.* ‘desprenderse la postilla’.

En nuestra opinión, se trata de un derivado verbal de la palabra *mosto* formado por parasíntesis, con el sufijo *-izar* (que, según señala el *DLE*, s. v., forma verbos que denotan una acción cuyo resultado implica el significado del sustantivo o del adjetivo básicos, bien por reducción del complemento directo a cierto estado, en los transitivos, como en *carbonizar*, *esclavizar*, *impermeabilizar*, bien por la actitud del sujeto, en los intransitivos, como en *escrupulizar*, *simpatizar*) y el prefijo *es-* (que, en este caso, creemos que, siguiendo el mismo diccionario, señalaría intensificación), dando como resultado un verbo que, originalmente, valdría ‘aplastar’. En relación con el prefijo, nótese el comienzo de voces sinonímicas como como *exprimir* o *estrujar*. Desde ahí se

darían saltos semánticos ('aplastar' > 'deshacer una sustancia' > 'desprenderse' [una postilla]) hasta llegar a nuestro significado.

Por su parte, la forma *esmotizarse* es, a nuestro juicio, una variante disimilada de *esmostizarse*, por contener esta última dos sílabas contiguas con /-s/ en posición implosiva.

### 7.9.9. 'URTICARIA'

La urticaria (del lat. *urtīca* 'ortiga'.) es una enfermedad eruptiva de la piel consistente en la aparición de habones, limitados a una región e incluso diseminados por todo el cuerpo y cuyo síntoma más notable es una comezón parecida a la que producen las picaduras de la ortiga.

Pueden ser agudas o crónicas, espontáneas o desencadenadas por agentes diversos, y adquiridas o genéticas. En el examen histopatológico se observa edema de la dermis, dilatación capilar y de las vénulas e infiltrado perivascular de linfocitos y neutrófilos con algún eosinófilo. El tratamiento, además del etiológico si se conoce, se basa en la aplicación de corticoides. (DTM) (DLE)

**orticaria** *f.* 'urticaria'.

Ej.: *Doctor, no me ponga penicilina, que me produce orticaria.*

La palabra no se recoge en los diccionarios generales de la lengua española ni tampoco en los corpus de español consultados.

No se constata en ninguno de los diccionarios dialectales de nuestro haber.

Se trata de una variante de la forma del latín científico *urticaria* en que el cambio ostensible que presenta (*o-* por *-u-*) se debe indudablemente a la influencia de la voz popular *ortiga* (lat. *URTĪCA*) sobre la culta.



Fotografía 29. Urticaria en el brazo. Fuente: propiedad del autor

### 7.9.10. ‘SARPULLIDO’

Sarpullido (Del dialect. *sarpullo*, y este de origen gallegoportugués.). Se trata de una erupción leve y pasajera en la piel, formada por muchos granitos o ronchas. Coloquialmente conocido como exantema y salpullido.

**ardor** m. ‘sarpullido’.

Ej.: *Esta crema no me la recetes porque un día me dio ardor.*

Voz no recogida ni en los diccionarios generales ni en los dialectales consultados, incluido el riojano.

**petín** m. ‘sarpullido’.

Ej.: *El petín me sale a las dos o tres horas de ponerme el preservativo.*

La expresión no está registrada en el *DLE*, *DUE* ni en *DEA*. Tampoco en los corpus de español consultados.

En *VN* (s. v.) ‘sarpullido, mancha en la piel’. De su uso en la Ribera navarra y La Rioja, da noticia Corominas: «nav. riberano *petín* «sarpullido...» «mancha herpética...» (Iribarren), riojano íd. «eczema en la cara» (Magaña, *RDTP* IV, 293)».

Frago (1976, p. 278), además, señala su empleo en Aragón: «PETIN ‘sarpullido, especie de eccema’, ‘peladera, o calva producida por enfermedad cutánea’, rioj.

Goicoechea (en Cervera del Río Alhama y Cornago, respectivamente), nav. ribereño y arag. de la comarca de Borja.

De acuerdo con el *DCECH* (s. v. *empeine III*), el vocablo es una forma arcaica, de tipo fonético vasco-aragonés, procedente del lat. ĪMPETĪGO, -ĪGINIS ‘enfermedad del cutis, que lo pone áspero y encarnado, causando picazón’, con conservación de la oclusiva sorda intervocálica -T-.

**puja** *f.* ‘sarpullido’.

Ej.: *A toda la familia le sale puja cuando tocan los melocotones.*

No figura con nuestra acepción en los diccionarios generales de español ni en los dialectales, a excepción del riojano.

En *CHLR* (s. v.) se define con el mismo valor [*ALEANR* VIII, 1008: 600].

Sustantivo derivado del verbo *pujar* (derivado del latín *PODIUM* ‘podio’), con el significado de ‘subir’, ‘ascender’.

**subida** *f.* ‘sarpullido’.

Ej.: *Menos mal que la subida me desaparece pronto...*

No se registra este empleo en los diccionarios generales de la lengua española y tampoco en los corpus consultados.

No es voz recogida en otros dialectos distintos del riojano.

En *CHLR* (s. v.) se muestra este uso a partir de *ALEANR* [VIII, 1008: 604], correspondiente a la localidad de Cornago.

**zarpullido** *m.* ‘sarpullido’.

Ej.: *Con los nuevos preservativos me sale zarpullido ahí abajo.*

La voz no aparece en los diccionarios usuales de español ni en la mayoría de CORPUS consultados.

En *CREA* se lee una concordancia que, a pesar de no referirse al ámbito médico, parece reflejar la misma idea, pero en la naturaleza: «o de volver a disfrutar, desde mucho antes de bajar del tren, con la visión del *zarpullido* rojo de las amapolas en los campos que jalonan el valle del Oise» [1991, Cano Gaviria, Ricardo, *Una lección de abismo*].

No lo hallamos en los diccionarios de dialectos circundantes.

En *CHLR* (s. v.) sí se refleja, con el mismo valor [*ALEANR* VIII, 1008: 302, 303, 400, 401, 500, 502; HR: Ausejo; EP: Pradejón].

### 7.9.11. ‘LOBANILLO’

Se conoce como lobanillo a un tumor superficial y por lo común indolente (ver *ALEANR*, 1240). *DLE*, lo define como ‘bulto superficial, y por lo común no doloroso, que se forma en la cabeza y en otras partes del cuerpo’.

*DTM*, íd, únicamente indica que coloquialmente es sinónimo de ‘quiste sebáceo’ (Fotografía 30)

Medicamente se denomina «quiste» a una estructura cerrada con pared y contenido variable. Son quistes verdaderos los que tienen su pared interna tapizada por epitelio, y se consideran quistes falsos o pseudoquistes los que carecen de este revestimiento epitelial.

Se denominan haciendo alusión a su situación (ovárico, mamario, renal, escrotal, testicular, etc.) y a su contenido (seroso, mucilaginoso, hidatídico, sebáceo, etc.), y presentan en todo momento la condición de benignidad. (Ibíd.)



Fotografía 30. Lobanillo prepucial. Fuente: Propiedad del autor

**beata** f. ‘lobanillo’

Ej.: *Dr., tengo una beata en el prepucio igual que la que tiene mi hermana en la rodilla.*

En *DLE*, *DUE* y en *DEA*, íd (del lat. *Beātus*) con similares acepciones: ‘mujer o persona muy devota, que frecuenta mucho los templos, lleva hábito religioso o vive con otras en clausura’.

En *DTM*, aparece la expresión «rodilla de beata» con la que se conoce coloquialmente la «bursitis prerrotuliana».

Con nuestra ac. no encontrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal vecinal. Tampoco aparece en los distintos corpus del español consultados ni en *DCECH*.

En *VR beata*. *f.* Quiste que se forma a veces en la rodilla a consecuencia de estar mucho tiempo arrodillado. [Logroño, Nájera]. *Para tu beata dice el médico que lo mejor es usar una almohadilla al arrodillarse.*

### **lobinillo** m. ‘lobanillo’

Ej.: *Dr., creo que el lobinillo que me operó me ha vuelto a salir.*

La palabra *lobinillo* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal.

En los distintos corpus académicos del español, únicamente encontramos una concordancia en CORDE:

«e con todas estas cosas que dichas son non podria sanar, tomelo el mege firmemente con la mano e tirelo contra fuera; e fienda luego con una navaja bien aguda el cuero. [...] fasta que del todo sea sano. E desta manera puedes sacar e sanar el *lobinillo* por la manera del papo» [1500, Córdoba, Fernando de, *Suma de la flor de cirugía.*]

En *DCECH*, s. v. *lobo*, del lat. LŪPUS íd., entre sus derivados junto a *lobado* existiría *lóbano*, de donde *lobanillo* «*l. en el cuerpo: tuberculum; l. en la cabeça: gangilium*», Nebr.; el vocablo existía ya en la Edad Media, pues la forma alterada *lobinillo* aparece en las *Leyes de Moros* del S. XIV, que, aunque se aplica a un tumor indolente, tiene también la propiedad de propagarse alrededor y antes se creía que podía degenerar en cáncer.

Se trataría de una palabra arcaica

### **lominillo** m. ‘lobanillo’

Ej.: *¿Pa quitarme el lominillo me va a anestesiar?*

La palabra *lominillo* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni aparecen en los distintos corpus del español consultados. Tampoco en *DCECH*.

### **nobinillo y nubinillo** m. ‘lobanillo’

Ej.: *El nubinillo es tan grande que me tropieza en todas las partes.*

Las palabras *nobinillo* y *nubinillo* no están recogidas en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni aparecen en los distintos corpus del español consultados. Tampoco en

*DCECH*.

[En Canarias *nobanillo*, Steffen, *Rev. de Hist. de La Laguna*, n.º 85, p. 93.] *DCECH*

**ubanillo** m. ‘lobanillo’

Ej.: *Este ubanillo ya hace años que me salió.*

La palabra *ubanillo* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni aparecen en los distintos corpus del español consultados. Tampoco en *DCECH*.

### 7.9.12. ‘AGRIETARSE’

Con la palabra *agrietar* se entiende el abrir grietas o hendiduras que en nuestro campo de estudio se aplica a la piel. Cuando la piel se ve sometida a una tensión de distensión que supera su grado de elasticidad, se fisura. El cuadro más típico y frecuente en urología se presenta cuando el prepucio está inflamado por una micosis, pierde su elasticidad y en el momento de producirse la erección con la consiguiente distensión prepucial, éste se fisura, se agrieta. (Romero Aguirre, 1977, p.595)

**requebrazar(se)** prnl. ‘agrietarse’

Ej.: *Desde que tengo los hongos me pica y se me requebraza el prepucio.*

La palabra *requebrazar(se)* no está en los diccionarios de uso del español.

No hemos encontrado concordancias en los corpus del español.

En *DLE* aparece *quebraza* como palabra en desuso, ‘grieta o hendidura ligera de la piel’.

Iribarren (*VN*) constataba su uso en la Ribera y añade «Denominan también *requebrazas* a las grietas que se hacen en las manos y en la articulación del metacarpo con las falanges», lo que corrobora Mangado en Sartaguda (al igual que el verbo *requebrazar*). También Mangado-Ponce de León en Alberite. En Tarazona, Gargallo (1985) recogía como ‘grieta en las manos’ (*recrebaza*, *reclébaza* y *requebraza*).

En *VR* y *CHLR* id tr. *Resquebrajar*, hender. // r. *Resquebrajarse* ligeramente la superficie de algunos cuerpos duros, como la loza, el yeso, etc. // *Agrietarse* la piel de las manos. [Arnedo].

En *LCC* *requebraza* f. grieta en las manos o pies, en el terreno o en una pared:

*Me ha salió una requebraza en esta mano que me hace vel las estrellas.*

El *ALEANR* (1508) ofrece esta respuesta en El Villar de Arnedo, Galilea, Autol,



Herce, Enciso, Alfaro, Cornago y Cervera.

Concluye Fabián González Bachiller: «es un claro derivado, por prefijación, de *quebraza*, aunque aplicado a diversas realidades».

En *DCECH* s. v. *quebrar* del lat. CRĒPARE ‘crujir, chasquear, castañetear, estallar’, y en la baja época ‘reventar’.

Se halla en autores de toda la Edad Media, aunque hoy muestra tendencia a anticuarse. Hasta los siglos los SS. XII y XIII mantiene siempre, o casi siempre, la construcción intransitiva que tenía en latín; con posterioridad se pasaría al empleo de *quebrar* como transitivo, que ya está bien comprobado en J. Ruiz 465c, 846a, y que pronto se generalizó.

Ya en el latín tardío aparece el sentido de ‘reventar’ (S. Agustín), y Prudencio da a *crepare* incluso el valor de ‘romperse’: «in partes ensem *crepuisse* minutas» (cita de Cabrera).

Como derivados aparecen, *Quebrada* ‘abertura estrecha y áspera entre montañas’ [Nebr]. *Requebrado* ‘apasionado, deshecho por el amor’ h. 1500, Juan del Encina, ed. Acad., p. 129, de ahí *requebrarse* antic. [Covarr.] y después *requebrar* tr. ‘galantear’ [C. de las Casas, 1570]; *Resquebrar* ‘resquebrajar’ (med. S. XIV, Montería de Alf. XI, *Aut.*); *resquebradura* («r.s de los caminos que se suelen en ellos causar con la lluvia» APal. 232d; 250b); *resquebrajar* y *resquebrajadura* [Nebr.]; *resquebrajadizo*; *resquebrajo*; *resquebrajoso*; *esquebrajar* raro; regresivos *quebrajar-quebraja*, *quebrajoso* [Acad. ya 1843]. Etc.

### 7.9.13. ‘GANGLIO INFARTADO’

En medicina, con el genérico nombre de «ganglio», se denomina a varias formaciones de tejidos de diversa estructura y función.

Algunos de ellos, dentro del sistema nervioso, tienen nombre propio como: ganglio de Scarpa, ganglio espiral de Corti, ganglio de Gasser o por su localización o forma, como: ganglio esfenopalatino, ganglio estrellado, ganglio ótico, etc., siendo prácticamente todas agrupaciones neuronales, con función de coordinación del sistema nervioso.

Otros llevan la denominación del tejido del cual proceden o se asientan, como los ganglios tendinosos, también denominados quistes sinoviales o gangliones (*GDM*, 1974, pp.1139-1140).

Pero los que nosotros vamos a analizar desde el punto de vista léxico, se refieren a los ganglios del sistema linfático y que son unas estructuras o filtros del sistema defensivo linfático, (Figura 21) intercalados por todo el organismo y presentan una estructura, en la cual penetran unos vasos aferentes y salen otros eferentes.

Sirven de filtro para infecciones viriásicas, bacterianas y tumorales ya que, gracias a sus células macrófagas y la producción de linfocitos, luchan para prevenir la propagación de los mencionados procesos al resto del organismo.

Alguno y especialmente cuando se inflaman (*adenomegalia*), son accesibles como los situados en cuello, ingles y axilas.

Algunos de ellos por su singular relevancia clínica llevan nombre propio, como el ganglio linfático de Cloquet, situado en la región inguino-crural.

De singular relevancia clínica, es el denominado «ganglio centinela» que no es, más que el primer grupo ganglionar al cual drena el sistema linfático, en un proceso tumoral y que debe ser investigado inexorablemente cuando se extirpa cualquier tumor (ibíd, pp.1564-1565)

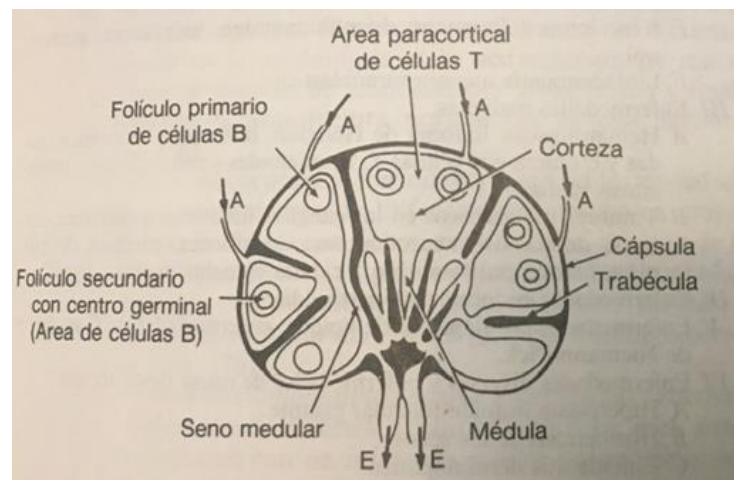


Figura 21. Estructura esquemática de ganglio linfático. Tomada de Wilson, p.419

### **andadera** f. 'ganglio infartado'

Ej.: *La andadera de la ingle me duele menos con el tratamiento que me puso.*

La palabra *andadera* no está recogida en ningún diccionario de uso general ni dialectal vecinal ni en los distintos corpus del español consultados con nuestra ac. Tampoco en *DCECH* con nuestra ac.

En *DCECH* s. v. *andar*, de una forma romance *\*amlare*, pronunciación descuidada del lat. *AMBULARE* íd.

Entre sus derivados se encuentran *Andaderas, Andadero, Andador, etc.*

Tanto en el *VN, DA, DVA y NDEA*, id. seca, infarto glandular.

En *CHLR andadera f.* Útil doméstico para enseñar a andar a los niños. **2.**Ganglio infartado. [ALEANR VII, 974: 302]. **3.f.pl.** Paperas. [HR: Préjano].

**bellota** f. 'ganglio infartado'

Ej.: *La bellota de la ingle me duele menos desde que me supuró.*

Con nuestra ac. la palabra bellota no está recogida en ningún diccionario de uso general ni dialectal. En los diferentes corpus del español consultados solamente hemos encontrado en CORDE, una concordancia que hace alusión a nuestra ac. de ganglio:

... «, algunas vezes acaece cortar el cuero que esta encima de la buba y salir para fuera vn botor como vna cabeça de “bellota” & mayor & menor. Los quales se hazen muy dolorosos»...

Díaz de Isla, Ruy (año de 1542): *Tratado llamado Fruto de todos los autos contra el mal serpentino*. María Teresa Herrera; María Estela González de Fauve, Hispanic Seminary of Medieval Studies (Madison), Madrid 1997.

Tampoco en *DCECH* s. v. *bellota* aparece con nuestra ac. Procede del ár. hisp. *ballūṭa*, este del ár. clás. *ballūṭa*, y este quizá del gr. βαλανωτή *balanōtḗ* 'fruto en forma de bellota'.

Al explorar un 'ganglio infartado' da la sensación de tocar una cosa abultada y redondeada, debajo de la piel, que asemeja a una 'bellota'.

**crecedera** m. 'ganglio infartado'

Ej.: *Al niño le han salido crecederas, ya veréis que estirón va a dar...*

No la encontramos con nuestra ac. en ningún diccionario de uso general ni dialectal. En los diferentes corpus del español consultados, únicamente encontramos una concordancia en CORPES XXI, con nuestra acepción:

«Nos ponemos el camisón de encaje o la deshabilé rosada, prendas absurdas sobre nuestros cuerpos laminados de costillas y de «crecederas», y metemos la tripa y entreabrimos la boca sin enseñar del todo los dientes:»..

Sanz, Marta (2008): *La lección de anatomía*. Barcelona, RBA Libros.

En *DCECH* (s. v. *crecer*), del lat. CRŪSCĒRE íd. Y entre sus derivados encontramos *Crecedero. Etc*

En *VR* y *CHLR* (s. v.) .2.f.pl Glándulas parótidas infartadas. Por lo tanto creemos que no se corresponde con nuestra ac. aunque sea muy similar.

**medro** m. 'ganglio infartado'

Ej.: *Después de tener los medros dio un buen estirón y ha pillao a la hermana.*

No lo encontramos con nuestra ac. en ningún diccionario de uso general ni dialectal. Tampoco en los diferentes corpus del español consultados.

En *DCECH* s. v. *mejor*, del lat. MELIOR, - ŌRIS, íd. Mejor.

*Medrar* [Berceo, *Mil.*, 827], reducción de \**mejdrar*, síncopa de *mejorar*, comp. *codremos* por 'cogeremos' en Berceo, *S. Lor.*, 69b...; *medro*; *desmedrar* [Nebr.], *desmedro* [1595, Yepes, *Aut.*]. Etc.

En *CHLR* con otra ac., s. v. *medros*. m. pl. Granos que salen en el rostro de los adolescentes. [RI: Navarrete].

En Nájera, cuando un niño presenta ganglios en el cuello, luego dicen que crece, es decir 'medra'.

Esto se justifica porque los ganglios infartados suelen presentarse en episodios de procesos infecciosos en los cuales todo el organismo lucha para defenderse de dicha infección y cuando el paciente consigue vencer la infección, sigue un proceso de recuperación general, con aumento de apetito, peso, etc. Y eso hace que el niño crezca.

Del mismo modo se justifica la ac. que vemos en *CHLR*, de 'medros' como granos en el rostro del adolescente, que son los denominados 'acné juvenil', y coincide su presentación con la época de mayor crecimiento del individuo.

Es decir, en ambos procesos, el organismo 'medra'.

También pudiera estar relacionado con 'crecedera' según *VR* y *CHLR*, en su acepción segunda son glándulas parótidas infartadas y se pasaría a 'crecer' y a 'medrar'.

**rodadera** f. 'ganglio infartado'

Ej.: *Después de infectarse el escroto me salió la rodadera y no me dolía.*

Con nuestra ac. no está recogida *rodadera* en ningún diccionario de uso general ni

dialectal. Tampoco en los diferentes corpus del español consultados.

En *DTM*, s. v. *rodadero*, -ra, adj. que aplicado a una adenopatía u otra lesión nodular localizada: que se desliza bien sobre los tejidos vecinos.

Tampoco se explica nuestra acepción en *DCECH* s. v. *rueda*, del lat. *RŎTA* que entre sus derivados se encuentra *Rodada* ‘señal que deja una rueda’; *rodadero*; *rodadizo*; *rodado*, etc.

Oído por mí pasando consulta y es muy frecuente en Nájera: *¡me salió la herida en el pene y a los pocos días, me apareció la rodadera en la ingle!*

Al explorar un ‘ganglio linfático infartado’ da la sensación de tocar una cosa abultada y redondeada, que da la sensación de ‘rodar’, al deslizarse la piel que la recubre. No todo tipo de ganglio infartado es rodadero, ya que, en alguna afección, infiltra la piel que lo recubre y este puede ser un signo de diagnóstico diferencial entre diversos procesos.

#### 7.9.14. ‘COÁGULO’

Con la palabra coágulo (lat. *coāgulu(m)* [*co(n)*- ‘unión’ + *ag(ere)* ‘conducir’ + *-ulum* ‘pequeño’], entendemos a una masa semisólida o grumo, formada por la coagulación de un líquido, linfa, leche, etc. y en nuestro contexto de la sangre. Se aplicó primero a la leche, como se ve por el esp. *cuajo*, resultado de la evolución no culta del mismo término. Su sinónimo es trombo.

**cuajilón** m. ‘coágulo’.

Ej.: *Meando esta mañana, me ha salido un cuajilón en la orina.*

No hallada esta voz en ninguna de las obras lexicográficas de nuestro estudio.

Se trata de un aumentativo de *cuajo* (lat. *COAGŪLUM*), aunque diferente a otros conocidos (*cuajadón* [Alex.], *cuajarón* [1555, Laguna], *apud DCECH*, s. v. *cuajo*).

#### 7.9.15. ‘USAGRE’

Con la palabra *usagre* (del gr. *ψώρα ἀγρία psōra agría* ‘tiña’) se conoce a una erupción pustulosa, seguida de costras, que se presenta ordinariamente en la cara y alrededor de las orejas (*DLE*) y según el diccionario dialectal Peraêo (Peradela de la Mata, Cáceres) a la enfermedad de los gatos, especie de sarna, que les ocasiona

costras alrededor de la cabeza y por extensión, y coloquialmente, a la persona de mal aspecto y poco amante de la higiene y el aseo.

En DCECH (s. v. *usagre*), origen incierto; teniendo en cuenta la variante portuguesa *anzázare*, quizá sea deformación de un nombre bajo latino *focus acer* ‘fuego acre’: primero se diría *\*fogusagre* o *\*fogusázere*, y separando *fog(o)* quedarían las formas modernas.

Quien define *vságre* como «a tetter or ringworme» (especie de eczema o empeine); Oudin: «espece de galle, dartre, feu volage ou sauvage»; Covarr.: «un género de sarna fastidioso, que a mi parecer es nombre Griego, de *agria*, species scabiei, quae cito serpit, revertiturque certo anni tempore asperior, omnibus aliis speciebus et curatu difficilior; y púdose dezir *usagre*, quasi *pus agre*»; *Aut.*: «especie de sarna mui acre, que va royendo y comiendo la carne», y cita unos versos de Polo de Medina: «tu estómago aventurero, / horro no más que en la panza, / *usagre* de todo plato, / roncha de toda piñata». Está también en los *Sueños* de Quevedo (Fcha.).

#### **usagría** f. ‘usagre’

Ej.: *Me fijé de cerca y me dio mucho asco, tenía usagría por toda la cabeza.*

La palabra *usagría* no está recogida en los dic. de uso del español ni en los diferentes corpus consultados. Tampoco lo encontramos en los dic. Dialectales; únicamente está recogido en *CHLR*, id, como sarna de los animales. [ALEANR VI, 744: 303].

Etimológicamente y aunque no aparece como tal, siguiendo al *DCECH*, s. v. *usagre*, de origen incierto; teniendo en cuenta la variante portuguesa *anzázare*, quizá sea deformación de un nombre bajo latino *focus acer* ‘fuego acre’: primero se diría *\*fogusagre* o *\*fogusázere*, y separando *fog(o)* quedarían las formas modernas.

En riojano entendemos más *usagre* y *usagría* como suciedad acumulada por falta de higiene, que a la propia lesión cutánea.

#### **7.9.16. ‘AMPOLLA’**

Se conoce como ampolla (lat. *ampulla(m)* ‘pequeño recipiente’; derivado del lat. *amphora* del gr. *Amphoreús* y el significado actual es de ‘vesícula de contenido seroso’ consistente en una lesión elemental elevada y circunscrita de la piel con un contenido líquido y diámetro superior a 0,5 cm.



Fotografía 31 Ampolla. Fuente: Medline Plus.  
 <<https://medlineplus.gov/spanish/ency/images/ency/fullsize/1829.jpg>>

**bochincha** f. ‘ampolla’

Ej.: *Me han dicho que no es bueno que me expote la bochincha.*

La palabra *bochincha* no está registrada en ninguno de los dic. de uso del español ni en los dialectales de las regiones vecinas consultadas.

Igualmente no lo hemos encontrado en los diferentes corpus del español.

Tanto en *CHLR* como en *LAI*, id, únicamente como ‘vejiga del cerdo’.

No hemos encontrado explicación etimológica en *DCECH* para nuestra acepción. Pensamos que denominar a una ampolla como bochincha es debido al similar aspecto que adquiere la vejiga de cerdo cuando se llenaba de aire para jugar con ella como globo o pelota’

**burra** f. ‘ampolla’.

Ej.: *Ayer se me explotó la burra y me escuece mucho.*

Aparece en *DLE*, *DUE* con otras acepciones y en *DEA*, id en su ac.10 como regionalismo: ‘lesión en la piel en forma de cardenal o ampolla’.

No encontrado en los dic. dialectales vecinales ni en los corpus del español consultados con nuestra acepción.

En *CHLR* **burra** f. 4. bolsita con agua que sale en las manos antes de formarse el callo. [ALEANR VIII, 1032: 502; RI: Calahorra].

No hemos encontrado explicación etimológica en *DCECH* para nuestra acepción.

**uvanillo** (o **ubanillo**) m. ‘ampolla’

Ej.: *Siempre que utilizo mucho el hacha me sale un ubanillo*

Ni la palabra *ubanillo* ni *uvanillo* están registradas en ninguno de los dic. de uso del español ni en los dialectales consultados.

Igualmente no las hemos encontrado en los diferentes corpus del español.

No hemos encontrado explicación etimológica en *DCECH* para nuestras palabras.

Está recogida por nuestros encuestadores en Ausejo.

**vechiga** f. ‘ampolla’

Ej.: *Me ha salido una vechiga muy fea en el pene.*

La palabra *vechiga* no está registrada en ninguno de los dic. de uso del español ni en los dialectales de las regiones vecinas consultados.

Igualmente no lo hemos encontrado en los diferentes corpus del español.

En *CHLR* **vechiga** f. Ampolla. [RI. Peroblasco].

No hemos encontrado explicación etimológica en *DCECH* para nuestra palabra. Pensamos igualmente que denominar a una ampolla como vejiga es debido al similar aspecto que adquiere la vejiga de cerdo cuando se llenaba de aire para jugar con ella como globo o pelota’

### 7.9.17. ‘ESCOZOR’

Escozor (derivación sust. de *escocer* del lat. *excoquer(e)* [*ex* ‘intensidad’ + *coquer(e)* ‘cocer’ ‘cocer intensamente’], es una sensación molesta o dolorosa en la piel o en las mucosas, semejante al ardor que produce una quemadura. (*DTM*)

**corcoma** f. ‘escozor’

Ej.: *Noto más corcoma al finalizar la micción que al iniciarla.*

La palabra **corcoma** no está registrada en los dic. de uso del español ni en los dialectales salvo en *NDEA*, *id.*, f. Carcoma. 11 fig. Dolor lento y no muy agudo (por semejanza a como corroe la carcoma).

No existen concordancias en los diferentes corpus del español salvo en *CORDE*, donde aparecen con otras ac.

En *DCECH* s. v. *carcoma*, de origen incierto, quizá prerromano.

Diez admitió que *carcomer* viene de *carne*, tomado en el sentido de ‘madera de



árbol’, más *comer*.

*Concomerse* se halla, en efecto, con el significado de ‘sentir comezón’ (Quevedo; *Pícara Justina*).

**zarzadillo** m. ‘escozor’

Ej.: *Desde hace varios días noto un zarzadillo al mear que no lo aguanto.*

La palabra *zarzadillo* no está registrada en el en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales consultados.

No hemos encontrado concordancias en los diferentes corpus del español.

En *VR* id, m. Punzada, pinchazo. Ú.m. en pl.//*Dar zarzadillos*. Dar pinchazos. Emplease en frases como: "el grano o el pus me da zarzadillos", es decir, el grano me da punzadas. Estas acepciones no se corresponden exactamente a nuestra ‘escozor’, aunque son muy similares.

#### 7.9.18. ‘ESCOCER’

Nos referimos en este apartado a la sensación desagradable que se produce en determinadas partes del cuerpo y en especial en la uretra en el acto de la micción y provocadas bien por una inflamación de la mucosa uretral o a una alteración urinaria, similar al hormigueo. (*DTM*)

**aturrar** int. 'escocer'

Ej.: *Desde hace unos días meo más veces y me aturra.*

No contemplado en *DUE*. En *DLE* la clásica ac. de tostar las plantas el sol y el *DEA* nos recuerda el *turrado* ‘atontado’ de Berceo. No está recogido por los dic. dialectales vecinales

No encontrado en los corpus del español consultados.

En *CHLR* (s. v.) *tr.* Escocer. [*ALEANR* VII, 947: 102; *PAL*: Ojacasto; *TEV*: Santurde de Rioja].

En *DCECH* s. v. *atorrante*, ‘vagabundo, pordiosero’, rioplat., del verbo *atorrar* ‘estarse quieto’, ‘vivir sin trabajar’, de origen incierto, probablemente de *torrar* ‘tostar, quemar’ (de donde ‘paralizar, tullir’).

Se relaciona con el salvadoreño *aturrado* ‘tullido, entumido’ (Salazar García), y nos recuerda el *turrado* ‘atontado’ de Berceo y el *aturrar* ‘aturdir’ de Lucas

Fernández, *aturriar* íd. en Juan del Encina (*DHist.*) Se trata del mismo vocablo que el ast. *turrar*, port. *torrar* ‘tostar’, lat. TORRĒRE.

**escuecer** int. 'escocer'

Ej.: *Desde hace unos días meo muchas veces y me escuece.*

La palabra *escuecer* no está registrada en los diccionarios de uso del español ni tampoco en los dialectales.

No encontrado en los diferentes corpus del español consultados.

En DCECH s. v. *cocer*, del lat. vg. COCERE, lat. CŎQUĒRE, íd.

*Cocer* se había empleado antes en el sentido de ‘escocer’, como ocurre todavía con el fr. *cuire*, cat. *coure* y otras formas romances: así en Berceo, *Duelo*, 163; *escocadura*, *escocido*, *escocimiento* [Guevara, *Epístolas*, I, p. 355 (Nougué, *BHisp.* LXVI); 1555, Laguna], *escozor* [1646, *Esteb. González*]. Sería una disimilación de escocer.

**turrar** int. 'escocer'

Ej.: *Desde hace unos días me turra mucho al orinar.*

En los diccionarios de uso del español, íd, tr. ‘tostar o asar en las brasas’. (De *torrar*).

No encontrado en los corpus del español, salvo en CORDE con otras acs.

En *HB*, íd, en Terrazos, Barrios, Poza, Oña, Santa Maria, Vallarta: 'Picar, escocer'. -*Cuando hace frío turran las manos.*

También encontrado en *VA* y *VAlav*. Se trata de una especialización del significado básico y general de este verbo.

En *CHLR* (s. v.) *intr.* Escocer. [DE; CVR; VR; HR: Grañón, San Millán de la Cogolla, Villarta–Quintana; RI: Cervera del Río Alhama, Nájera, Ollauri; VOC: Santurde de Rioja; MRA: Rioja Alta; VO: Valle del Oja; LA: Anguiano; PV: Cervera del Río Alhama; HE: Entrena; LM: Munilla; TEV: Santurde de Rioja]. **2.** Doler [GC: Castilseco, Galbárruli]. **3.** Picar una herida. [VR; MRA: Rioja Alta; TEV: Santurde de Rioja]. **4.** Tostar. **5.** prnl. Broncearse.

En DCECH s. v. *tostar*, del lat. vg. TŎSTARE, frecuentativo del lat. TORRĒRE íd.

Berceo empleó *turrado* figuradamente como ‘atontado’ (*Mil.*, 345), Covarr. dice que *turrar* «vale asar en las brasas»,

### 7.9.19. ‘IRRITARSE’, ‘ESCOCERSE’

Según Wowes (1974, p. 1491), la “irritabilidad” es una propiedad elemental de la materia viva consistente en una reacción cualquiera a los más diversos estímulos.

Nos referimos con las palabras estudiadas en este apartado, a una inflamación o reacción mórbida de la piel, acompañada de escozor, situándola en nuestros ejemplos a los genitales externos, provocada por la orina, el roce o el sudor continuo, etc., y puesta de manifiesto por enrojecimiento epidérmico. Coloquialmente se conoce como *intertrigo*.

El verbo que hace que dicha zona cutánea aparezca inflamada y eritematosa y a la zona irritada es la que se analiza en este apartado.

#### **aspiado** adj. ‘escocido’

Ej.: *Dr., tengo aspiados los testículos y las ingles de tanto sudar.*

La palabra *aspiado* no está registrada en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales consultados. No encontrada en los corpus del español revisados.

Tampoco contemplado en *DCECH*.

#### **descalentado** adj. ‘escocido’

Ej.: *Desde hace días está descalentado por las ingles y las bolsitas de los testículos.*

La palabra *descalentado* no figura ni en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales. En los corpus consultados encontramos sendas concordancias, con otra acepción, en CORDE y CORPES XXI.

#### **deslardado** adj. ‘escocido’

Ej.: *Desde que se le ha cambiado a los nuevos pañales, el nene tiene sus partes deslardadas.*

La palabra *deslardado* no está registrada en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales consultados. Tampoco está recogida en los corpus del español que hemos manejado.

En *DLE*, s. v. *deslardar* lleva a deslardarse (de *des-* y *lardo*), prnl. desus. ‘enflaquecer, perder carnes’ y s. v. *lardar*, tr. ‘lardear’ con significado de pringar (echar a alguien pringue hirviendo, castigo usado antiguamente).

En *DUE*, s. v. *deslardarse*, prnl. ant ‘adelgazar’.

El *DCECH* s. v. *lardo*, del lat. *Lardum* íd. refleja entre sus derivados, *Lardar* [*Aut.*], es de interés la ac. ‘molestar gravemente a alguno’ [*le lardaron lardum a palos, Aut.*]; ‘castigar a uno echándole pringue hirviendo’ [Cervantes: Fcha.].

Por lo referido en estos comentarios la ac. de *escocido* en nuestro vocablo pudiera provenir de la lesión producida al arrojar pringue hirviendo a los castigados.

**enritar(se)** tr. ‘irritarse, escocerse’

Ej.: *Con la crema que me dieron se me enritan menos las ingles y los testículos.*

La palabra *enritar* no está registrada en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales consultados. No encontrada en los corpus del español que se han revisado.

Encontrada en *ALEANR*, (1687-1689).

En *DCECH* s. v. *irritar* ‘excitar, causar ira’, tomado del lat. *irritare* íd. nuestra ac. pudiera derivarse del efecto de *irritar la piel*. En asturiano se dice igualmente *enritar* (V).

**inritar(se)** tr. ‘irritarse, escocerse’

Ej.: *Desde que he cambiado de jabón se me inritan menos mis partes.*

La palabra *inritar* no está registrada en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales consultados. No encontrada en los corpus del español que se han revisado, salvo una concordancia en CORDE con otra ac.

Encontrada en *ALEANR*, (1687-1689).

El *DCECH* no la contempla pero etimológicamente es similar a *enritar*.

#### 7.9.20. ‘HABÓN’

Se denomina habón (del latín *faba(m)* ‘haba’) a la lesión cutánea característica de la urticaria, que consiste en una pápula pruriginosa, de consistencia elástica, circunscrita, de forma redondeada, alargada o irregular, de tamaño variable, de coloración rosada o roja, a menudo con su centro más claro y rodeada, con frecuencia, de un halo eritematoso.

En el examen histológico se observa una afectación de la pared de los vasos de la dermis, con salida de plasma y producción de edema. El infiltrado perivascular es escaso y está formado por neutrófilos y eosinófilos.

Se conoce también como *roncha*. (*DTM*) (Ferrer, 2012, p.187)



Fotografía 32. Habón. Fuente: Ferrer, 2012, p.187

**habachón** m. ‘habón’

Ej.: *Me tomé la medecina y me salieron unos habachones hasta en mis partes.*

La palabra *habachón* no está recogida en ningún diccionario de uso del español ni en los dialectales consultados. No se ha constatado ninguna coincidencia en los corpus del español revisados.

En *DCECH* no hemos encontrado ninguna explicación para completar su etimología.

Refieren nuestros entrevistadores que fue recogida en Badarán.

**habarón** m. ‘habón’

Ej.: *De tanto arrascarme me he hecho sangrar del habarón.*

La palabra *habarón* no está recogida en ningún diccionario de uso del español ni en los dialectales vecinales consultados. No se ha constatado ninguna coincidencia en los corpus del español revisados.

En *CHLR* (s. v.) *m. Habón, hinchazón formada en la piel. [RI: Arnedillo, Ausejo].*

En *DCECH* no hemos encontrado ninguna explicación para deducir su etimología.

**habaza** f. ‘habón’

Ej.: *Me salen muchas habazas en primavera por la alergia.* La palabra *habaza* no está recogida en ningún diccionario de uso del español ni en los dialectales vecinales consultados. No se ha constatado ninguna coincidencia en los corpus del español revisados.

En *CHLR* (s. v.) *f.* Habón, hinchazón formada en la piel. [RI: Fuenmayor, Ollauri, Rincón de Soto; HE: Entrena; *LAL*. Alberite].

En *DCECH* no hemos encontrado ninguna explicación para deducir su etimología.

**habazón** m. ‘habón’

Ej.: *El habazón de la cara se ha curado antes por el aire y el sol, pero los de abajo no se resumen.*

La palabra *habazón* no está recogida en el *DLE* ni en ningún diccionario dialectal de los consultados. Tampoco se ha constatado ninguna coincidencia en los corpus del español revisados

En *DUE* y *DEA* aparece el lema pero con otras ac.

En *DCECH* la terminación *Azón* asturiano, sustantivo masculino, ‘especie de sarpullido de granos chicos que molestan mucho’, ‘arador de la sarna’, *ser com ’un azón* ‘ser diminuto’.

Pensamos que *habazón* estaría compuesto por ‘haba’ y ‘azón’ y reflejaría en un solo fonema la hinchazón y el picor.

**loseta** f. ‘habón’

Ej.: *Vaya losetas que te salen cuando tomas penicilina.*

En *DLE*, *DUE* y *DEA* (s. v.) aparece como diminutivo de losa, ‘baldosa’ y no con nuestra acepción.

No aparece en ninguno de los diccionarios dialectales consultados.

En los corpus del español, o no aparecen o lo hacen con acepciones distintas a la nuestra.

En *DCECH* s. v. *losa*, del vocablo prerromano LAUSA ‘losa’ o ‘pizarra’, que se extiende por toda la Península Ibérica, Sur y Sudeste de Francia, y Piamonte, de origen incierto.

Entre sus derivados se encuentra *Loseta* (‘losa artificial de cemento hidráulico’ cub., *Ca.*, 72), la cual no refiere ninguna relación con nuestra ac.

Oído en Aldeanueva de Ebro.

**rosetón** m. ‘habón’

Ej.: *Ese rosetón, además de estar muy hinchado te picará durante mucho tiempo*

La palabra *rosetón* no aparece en *DLE* ni en *DUE* con nuestra ac.

En DEA, como mancha grande, rojiza y redondeada de la piel.

No encontrado en los diccionarios dialectales ni en los corpus del español consultados

Aparece en *DCECH* con otra ac., asemeja a un 'adorno circular' sobre la piel.

### 7.9.21. 'VERRUGA'

Según el *DLE*, verruga, del lat. *Verrūca, f*, se trata de una 'excrecencia cutánea por lo general redonda'.

Médicamente se distinguen dos tipos de formaciones verrucosas:

La «verruga común», conocida también por papiloma, es una proliferación cutánea banal, benigna y contagiosa, ya que es producida por un papilomavirus. Según su localización pueden llegar a ser molestas o dolorosas.

Histológicamente están constituidas por la hipertrofia ordenada de todas las capas de la epidermis y pudiéndose localizar en cualquier parte del cuerpo.

El tratamiento consiste en su exéresis con medios físicos o químicos, siendo el de elección la diatermocoagulación (Woves, 1974, pp.2637-2639).

Los «condilomas acuminados», también denominados «verrugas genitales» o «venéreas», provocadas por infección del virus del papiloma humano (VPH), suelen localizarse en el varón, predominantemente alrededor de la región genital, perineal y perianal. (Fotografía 33. Verruga (HVP) asomando por meato uretral. Fuente: N.J.R. George.)

El agente productor, es un virus del género A de la familia *Papovaviridae*.

Histológicamente son muy similares a las verrugas comunes.

En 1954, se demostró su transmisión sexual, con un periodo de incubación entre cuatro y seis semanas.

Pueden resolverse espontáneamente o bien progresar hacia neoplasias benignas o malignas, estando muy en relación con el carcinoma de cérvix en la mujer.

Su tratamiento es muy variado, a veces dependiendo de la localización, yendo desde los productos tópicos, la inmunoterapia con interferón, y la ablación con escisión quirúrgica, crioterapia, electrofulguración o con Láser.

Actualmente se está realizando una campaña de prevención con vacunación masiva en la población femenina preadolescente (Pinto, 1999, pp.841-852).



Fotografía 33. Verruga (HVP) asomando por meato uretral. Fuente: N.J.R. George. (1992)

**arruga** f. verruga'

Ej.: *Me han dicho que esta arruga se me quita frotándome con un ajo durante un mes.*

La palabra *arruga* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal con nuestra ac.

En los distintos corpus del español consultados, únicamente en PRESEEA, encontramos una concordancia: ALCA\_M33\_018.-

E: ¿no / no se echa cremitas?

I: no no no / mmm una crema hidratante por ejemplo sí // <simultáneo> pero </simultáneo>

E: <simultáneo> pero </simultáneo> tiene una piel excelen <simultáneo> te / sanísima </simultáneo>

I: <simultáneo> no no no</simultáneo>

E: además

I: no no y además yo no tengo arru <palabra\_cortada/> ves no tengo<alargamiento/> <vacilación/> / ah tengo claro / fijate ahora mismo digo <cita> sí me ha salido aquí una “arruga” <vacilación/> / una <vacilación/> / </cita> y digo <cita> ¿cómo me ha salido esa “verruga”? </cita> / digo <cita> hay que decírselo al médico </cita> no lo sé / una cosita ahí

E: uhum / <simultáneo> uhum </simultáneo>

I: <simultáneo> y así </simultáneo> desde<alargamiento/> <vacilación/> / desde poco tiempo a esta parte /

En *DCECH* no se encuentra ninguna explicación etimológica que asimile *arruga* con *verruga*.



**varruga** f. 'verruga'

Ej.: *La varruga del glande me sangra cuando realizo el acto sexual.*

La palabra *varruga* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal, ni en los distintos corpus del español consultados. Tampoco en *DCECH*.

Se trataría de un Disimilación de verruga.

## 7.10. PATOLOGÍA TESTICULAR (EN CUANTO AL NÚMERO)

Dada la amplitud de la descripción de esta patología se ha desarrollado en un capítulo aparte en el Anexo XI.

### 7.10.1. ‘CON UN SÓLO TESTÍCULO’

**colín** adj. ‘con un solo testículo’

No hemos encontrado esta acepción de *colín* en ninguno de los diccionarios y vocabularios consultados salvo en los riojanos. Por otra parte, el significado que habitualmente se recoge y analiza de *cola* (< *caudula* ‘cola, rabo’, según *DEEH*, s. v.; *caulis* ‘tallo’, para Rohlfs, *AR*, 5, 412), de quien *colín* deriva, es el de ‘Extremidad posterior del cuerpo y de la columna vertebral de algunos animales’ y más raramente el coloquial ‘Pene del hombre’. El *DLE* registra esta voz como ‘Dicho de un animal: Que tiene la cola cortada’ (acep. 1). Por otro lado, hago notar que en *DCECH*, s. v. *cola*, figura *colín*, pero sin explicación alguna. A su vez, en VN se dice de los perros que tienen cortada la cola. Y del perro cuando la menea de alegría o cariño. [Ribera]. Por extensión y en el lenguaje infantil más comúnmente, llaman *colín* al individuo adúlador y servil como el perro, al que hace la rosca a otro con servilismo y bajeza. [Tudela].

Constituye por ello un excepcional testimonio la segunda acepción que de *colín* ofrece el *CHLR*: adj. m. (Varón) de pene corto. [HR: Logroño; HE: Entrena; LAI: Alberite]. Como bien lo explican Mangado Martínez y Ponce de León en la última obra citada (p. 164), «De ésta [acep.: ‘que tiene la cola cortada’] se llega a nuestra ac. por un proceso de analogía semántica (de ‘que tiene pequeña la cola [‘rabo’]’ a ‘que tiene pequeña la cola [‘pene’]»).

También en esta ocasión parece obvia la inadecuación de la respuesta de los informantes: la voz analizada, *colín*, debería incorporarse bajo un nuevo semema: ‘CON UN PENE PEQUEÑO’.

**gallarín** adj. ‘con un solo testículo’

Palabra escasamente documentada con el significado expuesto en los diccionarios generales y vocabularios regionales. Bastante frecuente, sin embargo, en los de las hablas riojanas. Concretamente en *CHLR* se documenta *gallarín* con varias acepciones relativas a animales con un solo testículo, sin testículos o con ellos ocultos. Incluso se

emplea para designar a personas con sólo un testículo [VR: Ambas Aguas]. En fin, resulta curioso el matiz: en *DVR* (Cameros) se define *gallarín* como res con los testículos situados en posición superior a la normal.

Por su escasa afinidad semántica con cualquiera de las múltiples acepciones secundarias de *gallo*, descarto la posibilidad de que sea un derivado de esta voz. Nótese que el significado que Corominas-Pascual atribuyen a *gallarín* como posible derivado de *gallo* es ‘Cuenta que se hace doblando un número en progresión geométrica’. Me inclino a ver en ella, como *DEEH* (donde se registra, con el mismo valor, *gallarita*, cast.) un derivado diminutivo de *gállara* ‘agalla del roble o quejigo’, muy común en la España rural (< lat. *gallula* ‘agalla’), donde, sobre todo en zonas de Castilla, también abunda el aumentativo *gallarón*.

Como apoyo a la etimología propuesta, hago notar que con frecuencia se observa una sola de estas excrecencias esféricas o agallas sobre la superficie de las hojas.

#### **quebrado** adj. ‘con un solo testículo’

Con el significado expuesto no se registra *quebrado* en los diccionarios generales y vocabularios regionales, salvo en alguno de los riojanos (cf. *infra*). Sí introducen los diccionarios usuales una acepción, la segunda, afín a nuestro propósito investigador: adj. ‘Que padece quebradura’ (< *crepatūra*. coloj. ‘Hernia, principalmente en el escroto’). En el mismo sentido, también ha de ser útil en nuestra investigación la referencia de «*quebrado, potroso: herniosus*», que, para Corominas-Pascual, ya figura en Nebrija. Por otro lado, según el mismo *DCECH*, *quebrar* (del lat. *crepare* ‘crujir, chasquear, castañetear, estallar’, y en la baja época ‘reventar’) «se halla en autores de toda la Edad Media; aunque hoy muestra tendencia a anticuarse en el lenguaje ciudadano español, *persiste lleno de vitalidad en muchas hablas rústicas* [la cursiva es mía], y en América sigue siendo de uso general». Y una vez más, la excepción a otras documentaciones de palabras semánticamente idénticas a la aquí analizada, la encontramos en La Rioja, en *CHLR: quebrado, da* adj. 3. (Cordero) con un solo testículo. [ALEANR V, 599:400; RI: Igea, Pradejón, Ribafrecha].

A nuestro juicio, desde el significado de *quebrar* = ‘romper(se)’ no parece difícil su transformación semántica en ‘inutilizarse’, ‘volverse inservible, inútil’. Y es evidente que el varón que sólo tiene un testículo, o sólo tiene un testículo funcional (por la criptorquidia), encuentra dificultades especiales de esterilidad seria. (Bayo, 1994, p.236)

**ranil** adj. 'con un solo testículo'

La palabra *ranil* no está registrada en los diccionarios y vocabularios regionales al uso, o lo está, pero no con la misma acepción aquí consignada. Sí figura, en cambio, en repertorios riojanos. Así, en *CHLR*, con la precisa significación de 'cordero con un solo testículo'. [ALEANR V, 599: 100, 101, 103, 300, 303]. Pero interesa aún más a nuestro propósito la segunda acepción que testimonia este rico vocabulario de la Rioja: 'Animal lanar, vacuno o caballar nacido sin testículos'. [RI: Matute, Tobía; TEV: Santurde de Rioja]. A estas documentaciones riojanas añadimos: En *DVR* íd m. Cordero o cabrito rencoso. Rioja. Llorente [rencoso: (♂ que tiene un solo testículo)].

Como es muy bien conocido, por una parte, las ranas macho no tienen pene y, por otra, las hembras tampoco tienen vagina. En ambos casos, la liberación de sus células sexuales se verifica a través de unos pequeños orificios situados en la superficie de sus cuerpos para ese fin. La liberación de su esperma y la fertilización de los huevos los realiza el macho tras la liberación de numerosísimos huevos por parte de la hembra en forma de masa gelatinosa.

La conclusión deducida de las ocurrencias atestiguadas parece obvia. Los informantes de esta voz con la acepción correspondiente la empleaban, sin duda, ignorando que tal empleo era absolutamente inadecuado, con la excepción ya citada de 'Animal lanar, vacuno o caballar nacido sin testículos', recogida en *CHLR*. Por todo lo dicho, el presente artículo debería incorporarse dentro de los que corresponden al semema SIN TESTÍCULOS.

**ranín** adj. 'con un solo testículo'

Para esta variante es pertinente todo lo dicho en el artículo precedente, *ranil*. En este caso habría que añadir simplemente que esta forma es resultado de un proceso fonético bien conocido de asimilación consonántica (-n...-l- > -n...n-: *ranil* > *ranín*), aunque sin duda menos usual que el de las ultracorrecciones (*arbore* > *árbol*...).



Fotografía 34. Criptorquidia derecha. Fuente: N.J.R. George p.41.

### 7.10.2. ‘SIN TESTÍCULOS’

**castrón** *m.* ‘sin testículos’.

En *DLE* y *DUE*, *m.* Macho cabrío, morueco o cerdo, castrado. Con este término se designa generalmente al ganado, pero en algún caso, como en *DEA*, queda asociado al ser humano: ‘hombre castrado’.

1ª doc. como ‘macho cabrío adulto’, ast.: a. 1514 (*DCECH*, s. v. *castrar*, del latín *castrare*). Análogamente en la Bureba: ‘Semental del ganado cabrío’.

En VN *castrón* equivale a castrado o cortado, y se aplica a plantas, frutos, etc. [Ribera]. || Mozo-viejo. También dicen *camastrón* *id.* || Cerdo que es castrado después de haber servido como padre o semental [Zona media, Montaña]. En TL *castrón* *m.* Macho de la oveja o de la cabra castrado. [ALEANR V, 628: 400 y 304, 401, 600, 602, 603; HR: Ventrosa de la Sierra; MP y VID: Rabanera de Cameros].

Destaco que *DEEH*, s. v. lat. *castrare*, junto a *castrón* ‘animal castrado’, recoge *crestón* ‘*id.*’, *salm.* y *arag.* Esta variante procedería de *crestar*, *salm.* y *arag.* (< *crastar*, *cat.* y *port.*, forma con metátesis de *castrar*).

**chiclón** *adj.* ‘sin testículos’. U. t. c. s. *m.* Cf. *ciclán*.

La variante *chiclón* no está en el *DLE*, *DUE*, *DEA* ni en *DCECH*. Sí la registra *DEEH*, s. v. *siqlab*. También figura en La Rioja: *CHLR*, s. v. *chiclón* *m.* ‘cordero sin testículos o con ellos ocultos’ [ALEANR V, 600: 605].

**ciclán**, adj. ‘sin testículos’, voz aplicada preferentemente a los animales. U. t. c. s. m. Cf. *chiclón*.

*DLE* y *DUE*: 1. adj. Que tiene un solo testículo. U. t. c. s. m. 2. m. Borrego o primal cuyos testículos están en el vientre y no salen al exterior.

La etimología es dudosa. Para algunos especialistas procede del latín *singulus* ‘uno solo’; pero en general, como en el *DEL*, lo hacen derivar del árabe hispánico *síqlab*, y este del latín medieval *sclavus* ‘esclavo’.

Según *DEEH*, s. v. *síqlab* [‘castrado’], este arabismo es el origen de *ciclán* cast. ‘de un testículo’. García de Diego agrega ya: «chiclán ‘id.’ and.; chiclón ‘id.’ Nav. Iribarren [...]. Según Dozy, *Supl. I*, 663, la idea original fue la de ‘eslavo, esclavo’, luego la de ‘eunuco’ y finalmente ‘castrado o castrar’. En España *ciclán*, como *renco*, se aplicaría al animal que al ser castrado no lo había sido completamente».

En *DCECH*, s. v. *ciclán*, figuran las acepciones ‘que tiene un solo testículo’ y ‘animal cuyos testículos están en el vientre y no salen al exterior’. *1.ª doc.*: *ciclón*, en el aragonés Antón de Moros, med. S. XV (*Rom. XXX*, 56); *ciclán*, 1475, G. de Segovia (p. 88). El significado originario ‘castrado’, agrega Corominas, es vivo hoy en el Alto Aragón, donde se emplean las variantes *ciclón* (ya Siesso, 1720), *ciquilón*, *cig(o)lón* (v. además *ZRPh. LV*, 622) [...]. Según Cavada, en Chile, Venezuela, Méjico y Cuba (Pichardo, p. 88) se dice *chiclán*, en el Ecuador *chiglán*, y en Chiloé *checlán*; *chiclán* se dice también en Andalucía (Acad., falta aún 1899). En *La Pícaro Justina* (t. 1, lib. 2, según Terr.) figura *verdad ciclana* en el sentido de ‘verdad a medias’. Covarrubias, siguiendo a Corominas, dice curiosamente que viene de *cíclope*, porque el ciclán tiene un solo testículo, como el cíclope un solo ojo. Documentación en Cej. VIII, § 17 [...].

Finalmente, en Boraio, *ciclón* es la res que tiene un testículo interno y otro externo o ambos internos; y en La Rioja (cf. *CHLR*), así mismo, *ciclán* es el cordero sin testículos o con ellos ocultos [ALEANR V, 600: 502].

A propósito de la acepción de ‘animal cuyos testículos están en el vientre y no salen al exterior’, los médicos hablamos en estos casos de *criptorquidia* o sea ‘testículos ocultos’, amparándonos bajo el familiar manto de la lengua griega. Pero en el habla popular el término *ciclán* se ha venido aplicando o se aplicaba solo a los individuos que padecían ese defecto del desarrollo en el aparato urogenital. *Ciclán* era el que había perdido uno o los dos testículos de forma traumática o voluntaria. Esa

pérdida era habitualmente quirúrgica o por heridas de guerra, laborales o accidentales. Recordemos cómo las armaduras que hoy se exhiben en las hoplotecas y las que aparecen en algunos retratos, como los del emperador Carlos V y sus coetáneos, muestran notables refuerzos para la protección de parte tan sensible de la anatomía del guerrero.

**memo** adj. m 'sin testículos'

Voz de creación expresiva, de origen onomatopéyico (imit. del tartamudeo). *DEEH*, s. v. *mom* y *mem* [onomatopeya], recoge además *momo* 'gesto en la boca' cast., port.; *momio* 'bobo' sant.; y *mom* 'momo' cat. pp

En *DLE*, *DUE* y *DEA*: adj. Tonto, simple, mentecato. U. t. c. s. Nuestra acepción no figura en los diccionarios generales o vocabularios regionales, aunque no es desconocida en algún punto de la geografía riojana. Se documenta, por ejemplo, en TL: *memo* m. Cordero sin testículos o con ellos ocultos. [ALEANR V, 600:600]. Así mismo es muy común en Nájera: *!Ese amigo tuyo me parece memo, es un poco afeminado en su forma de actuar*;

Para *Aut.*, *memo* vale «lo mismo que tonto: el uso regular de esta voz es en la phrase *hacerse memo*, que es lo mismo que fingirse tonto, u darse por desentendido cuando no quiere convenir en lo que se le propone, o hacer lo que se le pide». Pero puede interesar más el comentario del *DCECH*, s. v., donde se lee: «Hoy tiene empleo más amplio, y es vocablo hondamente despectivo, aunque desde luego también puede tomarse en sentido irónico». Acaso explique tan singular acepción el hecho de que, como afirman Corominas-Pascual, su significado pueda ampliarse e incluso admita rasgos semánticos despectivos y de ironía. Algo así como 'persona discapacitada en todas las dimensiones constitutivas del ser humano'.

## 7.11. PATOLOGÍA PROSTÁTICA

Dada la amplitud de la descripción de este apartado se ha desarrollado en un capítulo aparte en el Anexo IV.

### 7.11.1. ‘MAL DE PRÓSTATA’

A numerosos pacientes, al preguntarles que les sucede dicen: «vengo porque tengo *próstata*». Presuponen que *próstata* ya es una enfermedad siendo una glándula, y es como decir «tengo amígdalas» o «tengo faringe», etc.

La próstata «es un órgano glandular del aparato genitourinario masculino localizado anterior al recto, en la salida de la vejiga urinaria. Es una glándula sexual accesoria que rodea a la uretra en la base de la vejiga y forma parte del sistema reproductor del hombre. Produce una serie de secreciones que representan el principal compuesto (aproximadamente un 30%) del “plasma seminal” del eyaculado humano.

La próstata y las vesículas seminales son los órganos sexuales secundarios más importantes en el varón. Ambas producen el “líquido seminal”, transportando los espermatozoides y manteniendo su supervivencia, facilitando con ello la fertilidad. Tiene forma de pirámide invertida, con una “base” que se encuentra en contacto con el cuello vesical y un vértice, también denominado “ápex”, que contacta con el esfínter uretral estriado. Sus medidas en el adulto son de aproximadamente 3 cm de diámetro, y pesa unos 20 gramos. Está formada de una parte de tejido fibromuscular (una tercera parte) y el resto, de tejido glandular. El crecimiento y desarrollo de la próstata depende del estímulo de la testosterona, producida por los testículos. Embriológicamente, la próstata tiene su origen en el seno urogenital en su trayecto pelviano, por debajo de la desembocadura de los conductos de Wolff.

La principal función del epitelio glandular prostático es la producción del líquido prostático, constituido mayoritariamente por una glicoproteína (PSA) que es imprescindible para mantener el semen con el grado de viscosidad adecuado. En condiciones normales sólo un mínimo porcentaje del PSA producido, pasa a la sangre periférica.

La próstata es un órgano andrógeno-dependiente, tanto estructural como funcionalmente, mediado por la interacción entre el receptor androgénico prostático y los andrógenos que circulan por el torrente sanguíneo.



Su patología está formada, casi en exclusiva por tres procesos:

- infeccioso o inflamatorio: “prostatitis”.
- hipertrófico benigno: “adenoma de próstata”.
- degenerativo maligno: “carcinoma de próstata”» Alejandro Sanz Ruiz (2017).

#### **mal de orina** loc. ‘mal de próstata’

Esta expresión no se encuentra en los vocabularios riojanos.

En el *DEL*, s. v. *mal*, *mal de orina* es una ‘enfermedad del aparato urinario que ocasiona dificultad o incontinencia en la excreción’. Pero como puede fácilmente deducirse, en la definición académica se engloban varias enfermedades que producen “dificultad en la micción” como el adenoma de próstata, las estenosis uretrales, las alteraciones neurológicas del cuello vesical y de la vejiga urinaria y eventualmente las litiasis o cuerpos extraños enclavados en la uretra.

Igualmente se engloban las enfermedades que provocan “pérdida de orina” como, el adenoma de próstata, prostatitis, vejiga neurógena, fistulas urinarias, IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo), infecciones urinarias o secuelas de intervenciones del aparato urinario. Por lo tanto, «mal de orina» no es sinónimo de «mal de próstata».

#### **7.11.2. ‘FORMA DE ORINAR EL ENFERMO DE PRÓSTATA’**

El término técnico es *disuria*. Recoge el *DLE* dicho tecnicismo: «Del lat. tardío *dysurĭa*, y este del gr. *δυσουρία* *dysouría*. 1. f. med. Expulsión difícil, dolorosa e incompleta de la orina». A esta definición académica agregamos la siguiente observación de Romero Aguirre (1977, p.144): “Es una de las alteraciones de la micción que más preocupa y llama la atención del enfermo; se caracteriza por dificultad para orinar, pereza en iniciarse y goteo terminal”.

#### **orinar balbuceando** Loc.: ‘disuria’.

No atestiguada en ningún repertorio léxico. Ahora bien, si atendemos a la definición que *DLE* ofrece para el verbo *balbucear* (intr. ‘Hablar o leer con pronunciación dificultosa, tarda y vacilante, trastocando a veces las letras o las sílabas), el resultado es una comparación muy acertada. La descripción del Dr. Romero de la disuria (se caracteriza por dificultad para orinar, pereza en iniciarse y goteo terminal’) casi calca la definición académica de balbucear (hablar o leer con pronunciación

difícil, tarda y vacilante).

Este balbuceo es debido a la dificultad que tiene la orina para salir de la vejiga por el crecimiento prostático que cierra la luz del conducto uretral, siendo este proceso progresivo, empezando con la micción a dos hilos, a dos chorros, después en regadera junto con el *balbuceo*. Finalmente, el balbuceo es tan pronunciado que se llega a no pronunciar ni una palabra, es decir a la retención urinaria.

**orinar a dos caños** Loc.: 'disuria'.

Ej.: *Por el día meo bien, pero al levantarme a la mañana, meo a dos caños*

Por similitud con el sintagma anterior, no precisa explicación.

**orinar a dos hilos** Loc.: 'disuria'.

Ej.: *A pesar del tratamiento para la próstata sigo meando a dos hilos.*

Esta locución no figura en los diccionarios usuales ni en los vocabularios regionales. A este respecto, interesa, no obstante, la 8ª acepción que de *hilo* ofrece el *DLE*: 'Chorro muy delgado y sutil de un líquido'. *Hilo de agua, de sangre*. Se trata de una acepción secundaria de *hilo* que también recoge *DCECH*.

Creemos de interés añadir la siguiente observación personal: Cuando el paciente manifiesta este síntoma de orinar con dos chorros o dos hilos es por un problema obstructivo, típico del adenoma de próstata o de la estenosis uretral.

**orinar en regadera** Loc.: 'disuria'.

Ej.: *Al orinar mancho el wáter porque meo en regadera. Me siento pa no mancharlo.*

Igualmente, por similitud con los sintagmas anteriores, éste tampoco precisa explicación, aunque resulta evidente que con esta locución hay una alusión a esparcir la orina como con múltiples chorros.

## 7.12. PATOLOGÍA SEXUAL

### 7.12.1. ‘CESACIÓN NATURAL DE LA LIBIDO EN EL HOMBRE’

Libido (del lat. *libīdo* ‘deseo’, ‘deseo sexual’; reintroducido por S. Freud hacia 1900) palabra con la que se conoce al deseo de placer sexual. Son sinónimos: apetencia sexual y apetito sexual. (DTM)

**pitipausia** f. ‘cese natural y permanente de la libido en el hombre’. Cf. *pitopausia*.

Ej.: *me han dicho Dr. que hay unas pastillas pa la pitipausia.*

Se trata de una variante de *pitopausia*, menos frecuente que ésta, favorecida seguramente por la terminación en *-i* de las vocales finales correspondientes al primer componente de algunas voces compuestas (*tentimozo*, *abrilatas*, *madriselva* ‘madreselva’, etc.).

**pitopausia** f. ‘cese natural y permanente de la libido en el hombre’. Cf. *pitipausia*.

Ej.: *Junto a la jubilación me ha llegado la pitopausia.*

No figura en el DLE ni en el DCECH. Tampoco en los vocabularios regionales (incluidos los riojanos), pero sí la recogen DUE y DEA: f. (col, humorist.) como ‘climaterio masculino, andropausia’.

El vocablo está formado de pito ‘pene’ y pausia (gr. *παύσις* ‘cesación’), estructurado evidentemente a partir del correlativo femenino menopausia. Nótese que hoy al varón afectado de este mal se le denomina pitopáusico.

### 7.12.2. ‘IMPOTENCIA’

Siguiendo a Rodríguez Vela (2006, p. 965), que recoge el concepto de la World Health Organization, la *impotencia* o *disfunción eréctil* (*erectile dysfunction health*, en inglés) es la incapacidad persistente o repetida para alcanzar y mantener una erección con suficiente rigidez que permita una relación sexual satisfactoria, y esta no siempre abocada al coito. Es decir, la impotencia está ligada al mecanismo de la erección.

En ese sentido, nos resulta llamativo el empleo popular de la voz *impotente* en español, particularmente el descrito en el DLE (s. v.) como 2.ª acep. ‘Dicho de un varón:

Incapaz de realizar el coito' y 3.<sup>a</sup> acep. 'Incapaz de engendrar o concebir'. Desde el punto de vista urológico vemos una falta de equivalencia semántica. Así pues, un paciente puede tener erecciones y emplearlas, por ejemplo, únicamente en la masturbación, y no por ello ha de considerárselo *impotente*.

Existen patologías que impiden la realización del coito (micropene, desviaciones y curvaturas peneanas, grandes hernias o hidroceles, etc.) a pesar de que el paciente pueda presentar erecciones.

En cuanto a la 3.<sup>a</sup> acep. 'incapaz de engendrar o concebir', este significado encaja más con el de los términos *estéril* o *infértil*, susceptibles, además, de emplearse para hombres y mujeres (Pomerol, 1994, pp.14-19).

Bien es cierto que ya el derecho canónico, distingue la *impotentia coeundi* de la *impotentia generandi*, en el cap. IV, libro III, dentro del capítulo de los impedimentos dirimentes del matrimonio (López Ibor, 1973, p. 541).

#### **capón** adj. 'impotente'

Salvo en los riojanos, en los diccionarios generales y vocabularios regionales estamos exclusivamente ante un derivado de *capar* 'castrar'. Por ejemplo, en el *DLE* se define como 1 adj. Dicho de un hombre o de un animal: castrado. U. t. c. s., 2. m. Pollo que se castra cuando es pequeño, y se ceba para comerlo. En La Rioja (cf. *CHLR*), donde también abunda la significación de 'castrado', se documenta *capón* (lat. vg. \**cappone*) con el valor semántico de adj. m. 'Impotente': *Lian operau de próstata y está capón*. [HR: Zarzosa].

#### **colín** adj. 'impotente'

Ej.: *Dice que con la operación de próstata se ha quedado colín*.

Con esta acepción, *colín* no se atestigua en ningún repertorio léxico conocido. Recuérdese que como formas documentadas en La Rioja hemos comentado dos acepciones: 'con un solo testículo', sospechosa de error en la información ofrecida por los encuestados, y '(varón) de pene corto', que es la más generalizada.

Su utilización como impotente parece más eufemístico y/o metafórico, asemejando el concepto de tener el pene corto o pequeño con el de impotencia.

## 7.13. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

### 7.13.1. ‘BIOPSIA’

El término biopsia fue acuñado en Francia por E. Besnier en 1879 (del lat. cient. *biopsia*, y este del gr. βίος *bíos* 'vida' y -οψία *-opsía* 'vista') y con él se designa tanto a la «intervención quirúrgica» destinada a extraer *in vivo* un fragmento de tejido con fines diagnósticos tras su análisis macroscópico y microscópico como a la «muestra o pieza» de tejido extraída en una biopsia.

También se designa con el mismo término al «documento» que contiene los resultados de una biopsia.

La muestra del tejido puede obtenerse con diversos instrumentos (bisturí, trocar, pinzas sacabocados, aguja, etc.)

Puede realizarse durante una intervención quirúrgica (biopsia abierta) o una endoscopia (biopsia endoscópica), o bien (biopsia guiada) dirigida con una técnica de imagen (radiografía, TAC, RM, ecografía) e incluso a ciegas. (*DTM* y *DLE*)

**catadura** f. 'biopsia'

Ej.: *Me hizieron una catadura de la próstata y me salió buena.*

La palabra *catadura* no está en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni está recogida con nuestra ac. en los distintos corpus del español consultados.

Aparece en los diccionarios de uso general como acción y efecto de catar es decir de probar, gustar algo para examinar su sabor o sazón, mirar, ver, examinar y registrar.

En *DCECH* s. v. *catar* del lat. CAPTARE 'tratar de coger', frecuentativo de CAPĒRE 'coger'.

*1.ª doc.*: h. 950, *Glosas Emilianenses*.

Ya en latín era frecuente emplear el vocablo en el sentido de 'tratar de percibir por los sentidos', especialmente el oído o la vista; desde Apuleyo aparece muchas veces en el sentido 'tratar de ver' (*ThLL* III, 377a13ss.); San Isidoro de Sevilla (*Etym.* XII, ii, 38), empleando la forma ya romance *cattare*, dice que significa 'ver' (de donde pasó esto a otras glosas, como las arábigo-latinas editadas por Vulcanio Brugense, Leyden 1600). De la idea de 'tratar de ver' vienen las acs. más usuales en la Edad Media: 'mirar, ver' (frecuente en el *Cid*; *Sta. M. Egipc.*, v. 481; *Auto de los Reyes Magos*; *DHist.*, 5), 'observar, atender, examinar' (J. Ruiz, 135b, 236b; *Libre dels Tres*

*Reys d'Orient*, v. 28; *Fn. Gonz.*, 116; *Glosas Silenses*, 342: *catare* = *celebrare ieiunium*; *Glosas Emilianeses*, 65, 129, donde quizá *kate uos* es haplografía por *katate uos*), de ahí la ac. más común en el día 'probar, gustar' [1539: Guevara] y 'guardar', que es por lo común aragonesa (Fueros publ. por Tilander, 196.3; Fuero de la Novenera, *ibid.*, p. 587; *Poema de Yúçuf* A, 12d, 13d; Fuero de Navarra, cit. por M. P. en su ed. de *Yúçuf*, § 38; Ordenanzas de Barbastro, en *DHist.*, 21).

Entre sus derivados está *catadura*.

En *ML* **catar** 'comprobar mediante alguna *azadonada* el estado del terreno'

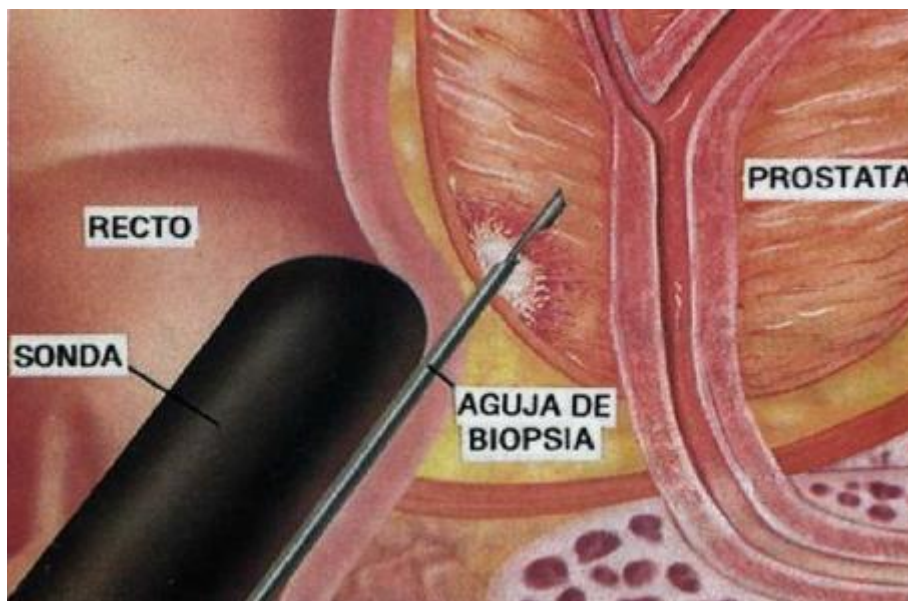


Figura 22. Biopsia transrectal de próstata ecodirigida. Tomada de Manuel herrero (en red)

## 7.14. TRATAMIENTO

### 7.14.1. ‘SUPOSITORIO’

Con el nombre de supositorio (del lat. *Suppositorium*, *DLE*) se conoce al fármaco cuya forma galénica está realizada para su administración rectal. Se compone de excipientes grasos (manteca de cacao, estearato) o poliglicoles, con un punto de fusión de unos 35°C. en los que se añaden principios activos, tanto hidrosolubles como liposolubles. Al fundirse en el recto, libera los principios activos, que son absorbidos por las venas hemorroidales. (Wowes, 1974, p.2438)

#### **depositorio** m. ‘supositorio’

Ej.: *Vaya complicado que es ponerse el depositorio. Prefiero pastillas.*

No la hemos encontrado en ningún diccionario ni de uso general ni dialectal. Tampoco hemos encontrado concordancias con nuestra ac. en los corpus del español consultados; únicamente aparece una concordancia en CORPES XXI con otra ac.

No encontrada en *DCECH*. Pensamos que proviene de su forma de administración por *depositarse* en el recto.

Oído por nuestros encuestadores en Badarán.

#### **pirulí** m. ‘supositorio’

Ej.: *Con el pirulí que me he puesto esta mañana se me está pasando el cólico.*

Con nuestra ac. no aparece en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales consultados. En los corpus consultados aparecen múltiples concordancias, pero todas con distinta ac. No encontrado tampoco en *DCECH* que haga referencia a nuestra acepción

Es de suponer que esta palabra proviene por su similitud de forma con el caramelo, generalmente de forma cónica, con un palito que sirve de mango. (*Fotografía 35*)



Fotografía 35. Chuche conocido como «piruli». Fuente: propiedad del autor.

#### 7.14.2. 'SECUELAS DE LA ENFERMEDAD'

Por secuela (del lat. *sequēlam* 'seguir' 'lo que sigue', 'consecuencia') se entiende a la alteración funcional u orgánica, con tendencia a persistir, que aparece tras la curación y como consecuencia de una enfermedad, un traumatismo o una intervención quirúrgica. (DTM) (DLE)

**potra** f. 'lacr'a', 'achaque de la edad'.

Ej.: *¡A nuestra edad, ya no tenemos más que potras!*

Los diccionarios generales consultados recogen el significado más antiguo de la voz 'hernia de una víscera u otra parte blanda'. La *potra* también es, en español estándar, una 'hernia en el escroto'. En otro orden de cosas, en sentido coloq. designa la 'buena suerte' (DLE, s. v.).

Resulta muy ilustrativo el recorrido que hace de la voz el *DCECH* (s. v.) y porque difícilmente se pueda expresar mejor y con mejores ejemplos, queremos reproducir aquí una extensa cita de su artículo lexicográfico:

«En los glosarios traduce el lat. *hernia*. En el libro citado Digna acusa al cocinero del León de ser muy «lixoso», «ca ayúntanse en ty todas las malas tachas; ca eres *potroso*, e has el mal del figo, e eres tinoso, e as albarraz en las piernas; onde non debes llegar a la puerta del rrey» (ed. Allen, 73.405). En



efecto, era tacha muchas veces reprochada, pues el aragonés Antón de Moros escribía a med. S. XV: «¿demandaes a mi muger / escudero muy fermoso? / Ella no ha mester *potroso* / ni tal ciclón [‘ciclán’, ‘semi-eunuco’], cavaller» (*Rom. XXX*, 56).

La potra tan pronto se ha considerado una maldición para el que la tiene como una suerte: depende del punto de vista. Los pícaros y pordioseros eran de esta última opinión, pues mostrándola les daba motivo de ser socorridos, como al del *Buscón*, que estaba riquísimo, pues “tenía una *potra* muy grande... poníase echado boca arriba en su puesto y con la *potra* defuera tan grande como una bola de puente y decía: —¡Miren la pobreza y el regalo que hace el Señor al cristiano!” (*Cl. C.*, 240.13); de esta opinión picaril viene la frase familiar recogida por la Acad. “tener *potra* uno: ser dichoso” y *potroso* en el sentido de “dichoso y afortunado”, que muestran el vasto influjo ejercido sobre el castellano común por este género literario. Pero claro está que predominaría la opinión opuesta, de la cual nos da testimonio el propio Quevedo en su soneto *Al Mosquito de la Trompetilla*: “¿Por qué me avisas si picarme quieres? / Que pues que das dolor a los que cantas, / de casta y condición de *potra* eres”.

La potra, además, es achaque frecuente en la vejez, de donde el calificativo de “pobre viejo *potrilla*” que leemos en Quiñones de B. (*NBAE XVIII*, 364b), y el de “viejo clueco tan *potroso* como celoso” citado por Cej.».

En *CHLR* (s. v.) se define con tres acepciones: 1. ‘inflamación de alguna articulación en las extremidades inferiores de una persona o en las patas de un animal’ [HR: Canales de la sierra]. 2. ‘tumefacción y secado de algunos trozos de la cepa de la viña por causa de enfermedad’. [RI: Haro]. 3. ‘achaques de la edad’ [HR: Grañón, Villarta-Quintana].

Como puede apreciarse, el empleo concreto en nuestra región es fruto de una extensión semántica del término.

## 7.15. PARASITOSIS EXTERNA

### 7.15.1. ‘PIOJOS’

Ordinariamente con la denominación de parásitosis se conoce a la producida por Protozoos y Metazoos (Gusanos y Artrópodos) como parásitos de ciertos animales (Matilla, 1969, p.2).

En el hombre la más común es la infestación por piojos o *Pediculus humanus*<sup>53</sup>.

**alicáncano** *m. coloq.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Anda, mira a ver si le echas un ojo a este hijo, que está lleno de alicáncanos, el pobre.*

Los diccionarios usuales consultados traen la voz *coloq.* cáncano ‘*id.*’, sin duda, la base léxica de nuestro vocablo y que se halla presente ya en *Autoridades* con el mismo valor.

En *DCECH* (s. v. *cancan-*), se indica que las voces que comienzan de esta forma (*cancan-*) constituyen un grupo de palabras afectivas de origen incierto, quizá procedentes de étimos diversos. Para el significado de ‘piojo’, el mismo diccionario aporta las siguientes variantes: «ast. *rucáncanu* (Vigón), ecuat., colomb., cub. *carángano* (Lemos, *Supl.* II, p. 11; Cuervo, *Ap.* § 940; Pichardo), portorr. *canángana* (Malaret, *Supl.*), antioqueño y hond. *caranga* (Uribe, Membreño), ast. *cangru* (Rato), port. achulado *carango*». Y añade que «con *rucáncano* van los términos nav. riberanos *arrecáncano*, *alicáncano* “piojo aludo” (Iribarren)».

Además de en Navarra (*VN*), como se acaba de apuntar, esta expresión se recoge también en riojano (*CHLR*, s. v.) como ‘piojo’ [VR: Logroño; RI: Ollauri]. En La Rioja, sin embargo, también designa la ‘cosa, animal o persona incómodas, que no hay manera de liberarse de ellas’ [VALLE: Calahorra]; y como adj. [referido al animal] ‘muy grande en sentido despectivo’ [VOC: Neila, Villavelayo].

<sup>53</sup> piojo s.m. Insecto áptero de los órdenes Anoplura y Mallophaga, ectoparásitos de aves y mamíferos (*DTM*), de dos a tres milímetros de largo, que vive parásito en el hombre y en otros animales alimentándose de su sangre. (*DLE*)

**canónigo** *m. coloq. humor*. ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Todos los años hay plaga de canónigos en el colegio.*

No se recoge en los diccionarios generales ni dialectales consultados.

En nuestra opinión, este empleo tan particular tiene su origen en el estereotipo por el que, desde la Edad Moderna (Jaime Valor, 2020), se considera a los canónigos personas vagas y de buen vivir (*cf.*, también, *señorito*, en este mismo campo léxico). Así habla de ellos el autor dieciochesco Torres Villarroel:

«Y es el desconsuelo (difunto de mi alma) que hoi los mas escogen a la Iglesia para vivir ociosos, regalados, poltrones y ricos; y no sin fundamento, para significar un hombre obesso, bien mantenido, y sin cuidados al estudio, ni otras fatigas, dicen: *Tiene una vida como un Canónigo!* [...]» (Torres Villarroel, 1743, p. 142).

Obsérvese que *canonjía* todavía hoy conserva coloquialmente ese valor: ‘empleo de poco trabajo y bastante provecho’ (*DLE*, s. v.). Y también que en La Rioja, en el *CHLR*, se recoge con el significado de ‘listo’ [ATO: El Villar de Arnedo].

En nuestra opinión, se trataría, pues, de una prosopopeya que hace equivaler los canónigos ociosos de buena vida con los piojos instalados en el huésped.

**chichimbú** *m. coloq.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *A pesar de los tratamientos con Lindane, aún se le ve algún chichimbús.*

La palabra *chichimbús* no figura en ninguna de las obras consultadas con esta acepción. Sin embargo, no es voz desconocida en riojano, donde designa dos tipos de pájaro (‘herrerillo común’ [VC: Calahorra] y ‘carbonero común’ [ATO: El Villar de Poyales, Navalsaz, Villarroya]), además de una ‘persona débil’ [VC: Calahorra] (*CHLR*, s. v. *chichimbú*). Nuestro vocablo se recogió en Arnedo.

Una variante fonética es el *chichibú* *m.* ‘herrerillo común’ [RI: Herce; VA: Arnedo] (*ibid.*).

**chincle** *m. coloq.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Ya podéis mirar bien a los hijos, que han dicho que hay de nuevo chincles en la escuela.*

No figura el vocablo en ninguna de las obras que hemos consultado.

Se trata, a nuestro parecer, de una variante disimilada de *chinche*. Semánticamente, la confusión entre *chinchas* y *piojos* es muy razonable por el gran parecido de ambos tipos de insecto.

**familia** *f. coloq., humor.* ‘chinchas’, ‘piojos’.

Ej.: *¡El tío era tan cochino que tenía familia en los bajos.*

Nuestra acepción no se recoge en los diccionarios usuales de español. Tampoco lo hace en las obras lexicográficas de dialectología.

La etimología de la voz nos acerca a la lejana realidad de la Antigua Roma en que los FAMŪLI (sirvientes y, también, esclavos) compartían techo con el PATER FAMILIĀS (o señor de la casa) y sus parientes. Con el tiempo, la *familia* acabó designando principalmente al grupo de convivientes emparentados por consanguinidad o, simplemente, la parentela.

Se trata de una palabra dada a la extensión semántica, de forma que *familia* es, además, el ‘conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje’, ‘conjunto de personas que comparten alguna condición, opinión o tendencia’, ‘Cuerpo de una orden o de una comunidad religiosa’, *coloq.* ‘grupo de personas relacionadas por amistad o trato’, etc. (*DLE*, s. v.). Y así llegamos, como resultado de una prosopopeya coloquial y humorística, al uso de *familia* referido a los chinchas y piojos que *conviven* alojados en el cabello o en el vello de su desaseado hospedador.

El vocablo se registró en la localidad de Pedroso.

**garbanzo** *m. coloq.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Ni te acerques, que se te ven los garbanzos en el pelo desde aquí.*

Esta palabra así empleada no la hemos hallado en ninguna de las obras consultadas.

Resulta evidente la metáfora que explica este empleo referido a los piojos.

**habitante** *m. coloq.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Los niños llegaron a casa con habitantes en el pelo de la guardería.*

Voz no recogida con este sentido en ninguna de las obras de consulta seleccionadas.

Al igual que ocurre con otras palabras de este campo semántico (por ej., *invitados*, *familia*, *canónigos*, *señoritos*...), resulta llamativo el uso de esta voz para designar los ‘piojos’, dado que normalmente se aplica a personas, como la 2.<sup>a</sup> acep. del *DLE* (s. v.):

‘cada una de las personas que constituyen la población de un barrio, ciudad, provincia o nación’.

Testimonio de Santo Domingo de La Calzada.

**huésped** *m.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Tuvieron que rasurarles el pelo a toda la familia, porque estaban llenitos de huéspedes.*

La voz no se registra en los diccionarios consultados con nuestra acepción, aunque en el ámbito de la biología, el *huésped* designa el ‘vegetal o animal en cuyo cuerpo se aloja un parásito’ (*DLE*, s. v.).

Hallamos un testimonio en CREA con el mismo sentido que el que aquí se trata: «Hay parásitos que se adaptan como *huéspedes* de prehomínidos y en ellos perduran» [1986, Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Antropología médica (Sus desarrollos teóricos en México)*].

La palabra *huésped* procede del lat. HOSPES, -IS y ya en este idioma designaba tanto a la persona que hospeda (anfitrión) como a la que es hospedada (huésped)<sup>54</sup>. De ahí que la voz popular haya continuado con esa doble significación en todas las lenguas romances, aunque, como es sabido, hoy es más popular el empleo del vocablo para el segundo de los valores.

Pues bien, el uso que aquí se muestra de *huéspedes*, atestiguado en Murillo de Río Leza, extiende esta última significación mayoritaria de referencia personal a la de los parásitos, pues son estos los hospedados (o *invitados*, de acuerdo con este mismo vocabulario) en el cuerpo invadido, justamente en oposición al empleo de especialización biológica, en que, como se ha dicho, el *huésped* es el cuerpo hospedante.

**invitado** *m. coloq., irón.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Los críos vinieron del campamento llenos de invitados.*

No hemos hallado esta acepción de la palabra en ninguno de los diccionarios consultados, ni generales ni dialectales.

<sup>54</sup> En rigor, según señala el *DCECH* (s. v.), «El lat. HOSPES significaba etimológicamente ‘el que hospeda, anfitrión’ [...] ulteriormente, y a consecuencia de la costumbre antigua de la reciprocidad hospitalaria, el vocablo tomó además el sentido de ‘hospedado’».

Empleo de la voz claramente irónico, bajo el que subyace una personificación de estos molestos insectos y una percepción indirecta de que el cuerpo parasitado o anfitrión hace las veces de hogar o vivienda de los piojos.

El testimonio es de Murillo de Río Leza. *Cf. huéspedes.*

**señorito** *m. coloq., humor.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *Hasta que no inventaron el Zotal, estaban todas las cabezas plagadas de señoritos.*

Con esta acepción no lo hallamos en las obras lexicográficas consultadas.

El sentido coloquial pero frecuente de *señorito* como ‘persona, especialmente si es joven, a la que sirve un criado’ o ‘joven acomodado y ocioso’ (*DLE*, s. v.) podría explicar que en nuestro caso se usara irónicamente por comparación con el acomodo de que gozan los piojos en su huésped, donde pueden alimentarse y reproducirse, es decir, desarrollarse vitalmente.

Diminutivo de *señor* (lat. SENIOR, IS [persona] ‘de edad avanzada’) que, en sentido recto, designa al ‘hijo de un señor o de persona de representación’, según el *DLE*.

**tordo** *m. coloq.* ‘piojo’. Se utiliza normalmente en plural.

Ej.: *¡Vaya tordos que ha traído Jorge! Ten cuidado no se los pegue a los pequeños.*

Esta voz no la hemos encontrado en ninguna de las obras de consulta con esta acepción.

### 7.15.2. ‘LEDRERA’

Lendrera (*liendre* + *-era*) consiste en un peine de púas finas y muy juntas, utilizado para eliminar del cabello liendres y piojos. (*DTM*) (*DLE*)

**liendrera** *f.* ‘lendrera’.

Ej.: *Mal le vas a quitar las liendres a la moceta con ese peine; ¿por qué no coges la liendrera que tienes en el armario.*

La palabra *liendrera* no está registrada en el *DLE*, *DUE* ni *DEA*. Sí se recoge en *DTM* (s. v.), con este valor.

En CORPES XXI hallamos dos concordancias, de las que reproducimos la primera por ser la más explícita: «No le importaba pasarse horas quitándoles los piojos del pelo, con la *liendrera*, y aplastarlos uno a uno con las uñas; luego les frotaba la cabeza con vinagre y se reía: “Estos niños, que huelen a ensalada...”» [2019, Freixas Revuelta, Laura, *A mí no me iba a pasar: una autobiografía con perspectiva de género*].

En *DA* (s. v.) se define como ‘peine espeso para limpiar la cabeza de liendres y piojos’. En *VN*, se especifica una particularidad formal: ‘peine prieto y pequeño, con dos filas de púas’ [San Martín de Unx]. Presente, asimismo, en Manrique (1956) y en L. de Guereñu (1958).

En relación con La Rioja, el *CHLR* recoge también dicha particularidad en su definición: ‘peine o peineta pequeña provistos de púas espesas en ambos lados’ [HR: Ventrosa de la Sierra; LAI: Alberite].

Derivado de *liendre*. La voz *liendrera* presenta un diptongo *-ie-* analógico con el etimológico de *liendre*.

**peina** f. ‘liendrera’.

Ej.: *Adela, alcázname la peina para quitarle los invitados a este crío.*

En los diccionarios generales solo se recoge el significado de ‘peineta’ (peine convexo de mujer). A partir de la consulta pertinente en el *NTLLE*, observamos que el término comienza a constatarse desde la segunda mitad del s. XIX (1855 Gaspar y Roig Suplemento 2, 1869 *DRAE* 11.<sup>a</sup> ed., etc.) y que aparece marcado como andalucismo hasta 1925 (*DRAE*, 15.<sup>a</sup> ed.).

En CORPES XXI hallamos un testimonio coloquial que encaja con el empleo de nuestra voz: «— Plagaíta. Hortensia comienza a rascarse. Y Elvira también. — Mírame a mí. A Reme le basta con retirar apenas el cabello de la sien pelirroja. — Plagaíta también, voy a liar la peina ahora mismo. Bien apretada, que así, ni una liendre se escapa, ni una» [2002, Chacón, Dulce, *La voz dormida*].

Se documenta en Aragón (*DA*, s. v.) ‘liendrera, peine espeso’ y La Rioja (*CHLR*, s. v.) ‘especie de peineta corta hecha de pasta, cuadrada y fina, de púas gruesas’, que trae el siguiente ejemplo: «*Tuvimos que comprar una peina, estrechina, y así se sacaban los piojos*». [HVR: Mansilla de la Sierra; ADP: Pajares, San Andrés de Cameros].



*Fotografía 36. Peina o lencerera antigua. Procedencia: Museo Histórico Arqueológico Najerillense. Fuente: Propiedad del autor.*

Derivado de *peine* (lat. PĒCTEN, -INIS). El término *peina* designaba, como se ha dicho, la *peineta* o adorno femenino para el pelo (muy habitual como complemento de la mantilla) y por su peculiar configuración de varias, estrechas y casi adosadas púas acabó significando también el peine para piojos o *lencerera*. Este instrumento, sin embargo, se remonta a hace miles de años y se conservan piezas procedentes del Antiguo Egipto (Green Fairy, 2016).



## 7.16. PROCESOS INFECCIOSOS

Entendemos por proceso infeccioso la patología producida en un ser vivo o parte de él, causada por la invasión de organismos patógenos unicelulares. Su sinónimo es séptico y suele utilizarse de manera laxa como sinónimo de contagioso.

### 7.16.1. ‘INFECTARSE (UNA HERIDA)’

**infestarse** *prnl.* ‘infectarse’.

Ej.: *A pesar de lavarme bien la herida, se me ha infestao.*

En todos los diccionarios de uso del español consultados, las aceps. están relacionadas con la invasión de organismos patógenos pluricelulares (parásitos, animales, plantas, etc.).

En *VN* (s. v.): úsase como reflexivo en el significado de infectarse. *Se le infestó la herida.*

En *HA* (s. v.), *infestar* equivale a ‘infectar’. No encontrado en el resto de diccionarios dialectales riojanos.

*Aut* (*apud NTLLE*) lo define como ‘hacer daños, estragos, correrías, entradas y hostilidades el enemigo en las tierras, especialmente en las costas de mar.’

Este vocablo manifiesta un cruce no infrecuente por el que *infestar* reviste el significado de *infectar*, a pesar de que las voces signifiquen cosas distintas y procedan de étimos diferentes. La paronimia y el parecido semántico de ambas palabras han provocado este cruce, pero mayoritariamente en el sentido expuesto.

Según el *GDM*, una *infección* es la parasitación de un órgano o de la totalidad de un ser vivo, por parte de un microorganismo (virus, bacteria o protozoo) capaz de multiplicarse primeramente en él y eventualmente de propagarse a otros seres vivos de la misma especie o de especie diferente. El término es utilizado impropriamente como sinónimo de enfermedad infecciosa.

Una *infestación* (*id.*) es la invasión por organismos animales, unicelulares (protozoos) o pluricelulares (metazoos) de organismos superiores, que puede causar enfermedades, llamadas *infestaciones*, con algunas analogías con las infecciones causada por bacterias. Cuando se trata de protozoos (como los del paludismo o la enfermedad del sueño), se pueden emplear ambos términos. Los organismos

pluricelulares en situación de infestar al hombre y a los mamíferos están comprendidos entre los gusanos y los artrópodos.

Los parásitos infestantes perjudican al huésped con acciones de diferente tipo: mecánicas, traumáticas o tóxicas, y pueden transmitir enfermedades infecciosas.

Según Hernández de la Rosa (2020, p. 186), una infestación es una invasión en forma de plaga de gran cantidad de individuos de una misma especie, como, por ejemplo, de piojos en una escuela.

Sinónimos de *infestar* son plagar, colmar, extender, llenar e invadir (Cortés, 2006, p. 709).

Desde el punto de vista normativo, este empleo se considera erróneo (ya advertido en el *DTM*), como ocurre con casos como estos: *\*La herida de la nefrectomía se infestó con E. coli. \*Su cabeza y genitales estaban infectados de piojos.*

#### 7.16.2. ‘PUS’

Se entiende por pus (lat. PŪS) el líquido pastoso, espeso, constituido por el acúmulo masivo de granulocitos neutrófilos muertos y degenerados más los restos procedentes de la destrucción tisular. Está presente en la inflamación supurada o purulenta y su olor, color y consistencia varían según la naturaleza del agente piógeno bacteriano que la causa (*DTM* y *DLE*).

**malicia** *f.* ‘pus’.

Ej.: *Te sale un poco de malicia de la herida. Creo que se te ha infectado.*

No la hallamos con esta acepción en los diccionarios usuales de español ni en los dialectales, a excepción del riojano.

Así, el *CHLR* (s. v.) la recoge con el sentido de ‘pus’ [ALEANR VIII, 1012:502]. otro significado de la voz, en Arnedo (*VR*, s. v.) es ‘entre los colmeneros, celda real’.

La palabra *malicia* se ha empleado desde sus orígenes latinos como sustantivo abstracto, para expresar tanto la ‘sagacidad’, como la ‘mala cualidad’ y la ‘maldad’ misma, el polo moral contrario a la bondad. El español actual perpetúa esta situación y la amplifica con otros significados abstractos: ‘intención solapada, de ordinario maligna o picante, con que se dice o se hace algo’, ‘inclinación a lo malo y contrario a la virtud’, ‘interpretación siniestra y maliciosa, propensión a pensar mal’, ‘cualidad por la que algo

se hace perjudicial y maligno' (*DLE*, s. v.). Por eso, resulta de interés el uso de este sustantivo culto como concreto.

### 7.16.3. 'FORÚNCULO'

Un forúnculo (lat. *FURUNCŪLUS*) es una inflamación purulenta en la profundidad de un folículo piloso que forma un nódulo cutáneo, rojo y doloroso, centrado por una pústula, producido por especies de estafilococos. El folículo piloso necrosado o clavo se elimina habitualmente con su drenaje (*DLE*) (*DTM*).

**cegachón** *m.* 'forúnculo'.

Ej.: *Anda, vete por ahí, que eres más molesto que un cegachón en la nariz.*

La voz no se consigna en *DLE*, *DUE* ni *DEA*. Tampoco la hallamos en obras lexicográficas de dialectos distintos del riojano.

En efecto, en *CHLR* (s. v.) se define como 'divieso, grano profundo que, para curarlo, hay que sajar' [VR: Logroño; LAl: Alberite]. También 'ántrax, grano con varias bocas que suele salir en el pescuezo' [ALEANR VIII, 1009: 300, 303].

Tal y como afirman Mangado y Ponce de León (*LAl*, s. v.), el *cegachón* 'grano en la piel grueso, rojo y sin cabeza' es un derivado de *ciego*, por el sema 'sin cabeza', es decir, 'sin salida', 'sin drenaje', con los sufijos- *acho* despectivo y *-ón* aumentativo. Según señalan, además, también se pronuncia *cebachón* en Alberite por la equivalencia acústica /b, d, g/.

### 7.16.4. 'ÁNTRAX'

Se conoce como *ántrax* (del lat. *ANTHRAX*, y este del gr. ἄνθραξ 'carbunclo') a la inflamación o infección de varios folículos pilosos contiguos, causada habitualmente por *staphylococcus aureus* con abundante producción de pus y caracterizada por la presencia de múltiples abscesos y fistulas y por su extensión al tejido subcutáneo profundo; suele cursar con fiebre y malestar general, y requiere antibioticoterapia por vía sistémica. Coloquialmente, se conoce como *avispero*.

**antra** *m.* ‘ántrax’.

Ej.: *Me tuvieron que sajar el antra pa que se me curase.*

La palabra *antra* no está registrada en los diccionarios de uso de español ni en los dialectales consultados.

Tampoco aparecen concordancias con nuestra acep. en los corpus manejados.

No la hallamos en *DCECH*.

Nuestro vocablo manifiesta una flexión de número singular regresivo como consecuencia de la interpretación como plural de la voz *\*antras* (< ántrax), de manera similar a *\*carie* < caries.

Voz recogida en Pinillos.

**antras** *m.* ‘ántrax’.

Ej.: *Me tuvieron que sajar el antras pa que se me curase.*

La palabra *antras* no está registrada en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales consultados. Estudiado en *ALEANR*, 1203.

En los diferentes corpus de español no hemos encontrado concordancias salvo en CORDE, en el que aparecen treinta y cuatro concordancias con aceps. coincidentes con la nuestra, de las que extraemos una como muestra: «diremos en el propio capítulo de las escrofulas E el *antras* es curado con vaciamiento dela materia dañosa» [a. 1450, Anónimo, *Arte complida de cirugía*].

Se trata de una forma que refleja la reducción del grupo consonántico culto /ks/ en una sola /s/ en posición implosiva, fenómeno que históricamente es absolutamente normal, como reflejan los casos de CORDE.

**divielso** *m.* ‘ántrax’.

Ej.: *No veas cómo me duele el divielso de la ingle. Me lo tienen que mirar.*

La palabra *divielso* no está registrada en los diccionarios generales ni dialectales consultados, excepto en los del riojano.

En *CHLR* (s. v.) se define como ‘ántrax, grano con varias bocas que suele salir en el pescuezo’ [*ALEANR* VIII, 1009:100; *TEV*: Santurde de Rioja].

De gran interés y antigüedad juzgamos la variante *divielso*, posible evolución semiculta desde el lat. *DIVĒRSUS* (comp. *bolsa* < *BŪRSA*), que creemos presente también en el antropónimo *Valdivielso*. Corominas apunta otra hipótesis relacionada con esta, pero anterior, según la cual, la raíz indoeuropea  $\varnothing$ ERT- (> lat. *UERTO* y *DIUERSUS*),

común a todas las lenguas indoeuropeas, alcanzó en las célticas su desarrollo máximo bajo las formas *dī-fort-* y *do-fort* ‘derramarse, esparcirse, propagarse’ y se extendió al continente bajo la raíz DIVERTO-, cuyo participio contendría la combinación -T-T-, que habría de evolucionar en -ss- (celt. cont. \*DIVERSSO-).

En relación con la explicación semántica, discutida, reproducimos la explicación del *DCECH* (s. v. *divieso*): «Quizá podemos partir de la ac. ‘enemigo, hostil’, que tuvo *DŏVĒRSUS* ya en latín clásico: “victores *diversam* aciem Marti et Mercurio sacravere” (Tácito, 13, ann. 57, y otros ejcs. en Forcellini, 3); y que evolucionando en romance dió *divers* ‘malvado, cruel, perverso’ en francés antiguo y medio y en la lengua de Oc medieval (*FEW* III, 107a). La idea fundamental de *divieso* será ‘tumor maligno’».

**livieso** *m.* ‘ántrax’.

Ej.: *No veas cómo me duele el livieso de la ingle. Me lo tienen que mirar.*

La voz no se recoge en los diccionarios usuales consultados. En otros dialectos, se documentan variantes modernas relacionadas con la nuestra, como *lliviesu* o *lluviesu*, empleada en Asturias (Rato), o *lluvieso* o *luvieso* en la Montaña (G. Lomas) (*apud DCECH*, s. v. *divieso*). Se halla *livieso* en la Bureba (*HB*, s. v.), localizado en Quintanillabón, Rojas, Castil, Carcedo, Oña, Barrios.

Con respecto a La Rioja, el primero en atestiguar la palabra fue el padre Sarmiento (*BRAE* XVII, 577), tal como señala el *DCECH*. Sin embargo, no lo hemos encontrado en ninguna obra lexicográfica del riojano.

Para la etimología, *cf. divielso*. De acuerdo con Corominas, las formas con *(l)l-* «se pueden explicar fácilmente como secundarias, sea por contaminación de *lóbado* y *lobanillo* (como sugiere Cuervo, *Obr. Inéd.*, p. 165), sea por la del port. *leicenço*, sea como debidas a una aglutinación del artículo a la forma *ivieso* del manuscrito *G* de J. Ruiz, que a su vez se explicará por deglutinación de una presunta preposición *de*». Además, según el sabio lexicógrafo y etimólogo catalán, desde la hipótesis de una posible raíz céltica DIVERTO- ‘esparcir, propagarse’, la D- céltica explicaría las variantes *(l)livieso* o *luvieso* de Asturias, Santander y Rioja.

### 7.16.5. ‘ABSCESO’

Absceso (del lat. *cēdēre* ‘retirarse, marcharse’, ‘ceder, no resistir’). Consiste en una colección localizada o acumulación de pus en un tejido, órgano o espacio cerrado, causada de ordinario por microorganismos piógenos. La zona necrótica central, formada por leucocitos y restos tisulares, está contenida por una pared formada por un tejido de granulación que se denomina membrana del absceso o membrana piógena.

**acceso** m. ‘absceso’

Ej.: *Me van a tener que intervenir porque tengo un acceso grande en el cuello.*

No en *DLE*, *DUE* ni *DEA* con este valor. No lo hemos encontrado en ningún diccionario dialectal consultado.

En Paredes *et al.* (2012, p. 354), y desde el punto de vista de la norma idiomática del español, se advierte de la confusión entre ambos parónimos, señalándose que no debe confundirse *absceso* ‘acumulación de pus en los tejidos orgánicos internos o externos’ con *acceso* ‘entrada o paso’ (*\*La Internet ha tenido un alto desarrollo y todos estos países tienen absceso a la Internet excepto Haití, apud CREA, Revista Médica Dominicana, 01/04/2000, Santo Domingo*). En esa misma línea, el *DTM* (s. v.) indica que son incorrectas las formas *abceso* y *acceso*.

En CORPES XXI, se lee el siguiente testimonio: «Mi dolor era exclusivamente mío, él se desprendía de mí como de un *acceso* de pus, con alivio, con gusto» [2010, López Mondéjar, *Mi amor desgraciado*].

La dificultad en la pronunciación del grupo culto *-bs* provoca el cruce con la voz parónima más frecuente *acceso*.

**asceso** m. ‘absceso’.

Ej.: *Me van a tener que intervenir porque tengo un asceso grande en el cuello.*

No figura en el *DLE*, *DUE* ni *DEA*. Tampoco en los corpus ni en los diccionarios dialectales consultados.

Se trata de una variante de la palabra *absceso* que, como en otros casos bien conocidos y asentados, *-bs* en posición implosiva se resuelve con la simplificación en *-s* del grupo (comp. *obscur* > *oscuro*, *substancia* > *sustancia*, *substraer* > *sustraer*, etc.).

### 7.16.6. ‘MADURAR, ACTIVARSE LA SUPURACIÓN’

Madurar (del lat. *Maturāre*). Dicho de un absceso, activar, fomentar o llegar a un estado en que puede supurar.

**esgollecer** *intr.* ‘madurar, activarse la supuración’.

Ej.: *Si te fijas bien, el granito ya ha empezado a esgollecer, así que no te lo toques.*

No esta forma, sino *escollecer* (*intr.* ‘nacer el campo’) la vemos atestiguada en Castilla y León, y concretamente en la provincia de Palencia (Gordaliza Aparicio, 1988; Helguera Castro y Nágera Salas, 1990; Hernández Alonso, 2001).

Nuestra variante solo la hemos encontrado en los diccionarios del riojano. Así, en *VR* (s. v.), *intr.* ‘madurar’ [Ojacastro]; En *VO* se especifica que es ‘madurar los frutos del campo’ [Valle del Oja] y así figura en el *CHLR* [donde se añade PAL: Ojacastro].

Helguera Castro y Nágera Salas (1990, pp. 509-510) ven posible que *escollecer* sea un derivado de *escollo* (it. *scoglio* ‘piedra sobresaliente en el mar’, con un sufijo de carácter incoativo. No obstante, a juzgar por voces riojanas (también navarras, *VN*) como *coleta* / *colleta* ‘planta de la berza’, ‘berza pequeña’, *coletero* / *colletero* ‘semillero de varias hortalizas’, *descolletar* ‘estar a punto de espigar el trigo’ (*CHLR*, s. vv.), podría pensarse para nuestro vocablo en un origen diferente, bien desde *CAULIS*, -IS ‘tallo’, ‘col’, bien desde una hipotética forma derivada de *COLO* ‘cultivar’ con el aludido sufijo incoativo -SCERE: \*COL(L)ESCERE, o bien, finalmente, como un derivado de *COLLUM*, -I ‘cuello’, como en *descollar*. En cualquiera de los casos, estaríamos ante una forma sonorizada que recuerda los casos de sonorización de sordas tras sonantes, tan frecuentes en La Rioja (*zanguilargo*, *parranguillas*, *ricongas*, etc.).

### 7.16.7. ‘ABSCESO SUPURADO’

**zorropotro** *m. coloq.* ‘absceso supurado’.

Ej.: *¡Menudo zorropotro le ha salido al pobre Luisito en la oreja!*

Voz no recogida en ninguna de las obras lexicográficas manejadas.

Voz compuesta. La primera base léxica, *zorro*, presenta en ocasiones una connotación peyorativa, tanto en español estándar (*zorrocloco* coloq. ‘hombre tardo en sus acciones y que parece bobo, pero que no se descuida en su utilidad y provecho’) como en riojano (*zorroclós* f. ‘mujer ligera de cascos’. [LM: Munilla; SV: San Vicente

de Munilla] o *zorrococho* m. ‘mala labor agrícola’ [ATO: El Villar de Amedo]; *zorrón borrón* loc. adv. ‘de cualquier manera’ [RI: Azofra]; etc.).

#### 7.16.8. ‘GANGRENA’

En urología es conocido dicho término por el agresivo cuadro de la *gangrena de Fournier*.

Siguiendo a J. I. Rodríguez (2001), la gangrena de Fournier (fotografía 35), descrita en 1883, es una infección que presenta una alta morbimortalidad, de inicio súbito pero de progresión fulminante, caracterizada por una celulitis necrosante subcutánea, generalmente de origen urogenital o anorrectal, que afecta al área genital (pene y escroto en el varón) y perineo, que posteriormente progresa hacia la pared anterior del abdomen, miembros inferiores y tórax, en la cual los microorganismos anaerobios mixtos se propagan a lo largo de los planos profundos de la fascia externa y causan extensas pérdidas cutáneas.

Entre los factores predisponentes se citan la diabetes mellitus, el abuso crónico de alcohol y el estado de inmunosupresión (Arango, 1998, p. 43).

La etiopatogenia de la enfermedad no está bien definida: se forma un círculo vicioso de infección, isquemia local y reducción de los mecanismos de defensa del huésped.

Esta infección es típicamente polimicrobiana, en la que predominan los gérmenes anaerobios de la flora intestinal y genital.

El diagnóstico es básicamente clínico, con la anamnesis y la exploración física, ayudado por las pruebas complementarias (analítica, radiología y TAC).

El tratamiento debe ser agresivo, con la combinación de varias terapéuticas (Vick, 1999, p. 895): amplio desbridamiento quirúrgico con derivación urinaria, tratamiento pluriantibiótico, con triple cobertura de amplio espectro y tratamiento de mantenimiento.

Aproximadamente, el 40-50 % de los pacientes fallecen y prácticamente todos precisan de una reconstrucción del área genital por parte de cirujanos plásticos.





Fotografía 37. Gangrena de Fournier. Fuente: Verdejo Bravo (1992, p. 13)

**cangrena** f. 'gangrena'.

Ej.: *Esa herida tiene muy mala pinta. Yo diría que tiene cangrena.*

Esta variante de *gangrena* se recoge todavía en el *DLE* y *DUE* (s. v.), aunque se advierte que es un sustantivo desusado o antiguo, respectivamente.

Es voz popular «en todas partes», según se afirma en *DCECH* (s. v. *gangrena*). Procedente del lat. *GANGRAENA*, y este del gr. *γᾶγγραινα*, se documenta antes la forma con /k-/ (h. 1500, Cauliaco) que con la /g-/ etimológica (1581, Fragoso). La /k-/ se explica por influjo de *cangro* 'cáncer', y dan resultados semejantes en los demás romances, cat. *cangrena*, fr. *cangrène*, it. *cancrena*.

En CORDE hallamos seis testimonios, el más antiguo de los cuales data de 1605:

«Estando una noche solo y bien despierto, harto afligido con los dolores de su mano y brazo, acuchillado y cancerado y tan sin remedio como hemos dicho, sintio que lleo a el no sabe quien, y con dos manos le començo desde el ombro a palpar el brazo y apretarsele, yendo baxando hasta vn poco mas abaxo del codo [...] Desde aquel punto cesso de crecer la *cangrena* que yua cundiendo, mitigosele la calentura y sintiose mas aliuiado» [1605, Sigüenza, Fray José, *Tercera parte de la Historia de la orden de San Jerónimo*].

En CREA hallamos otras seis concordancias.

En *CHLR* (s. v.) ‘gangrena’ [HVR: Viniegra de Abajo; VALLE: Calahorra; HE: Entrena; LAI: Aguilar del Río Alhama, Inestrillas; COST: San Vicente de la Sonsierra; TEV: Santurde de Rioja].

#### 7.16.9. ‘GONORREA’

Se trata de una enfermedad infecciosa transmitida por contacto sexual producida por el gonococo (*Neisseria gonorrhoeae*). Su periodo de incubación es corto (4 o 5 días).

En ambos sexos produce uretritis aguda, que puede complicarse con orquiepididimitis o prostatitis en el varón y cervicitis, bartolinitis, etc., en la mujer. Puede contagiar al feto en el canal del parto, causando la conjuntivitis gonocócica.

La sintomatología más típica es la expulsión por el meato uretral de una secreción purulenta amarillenta y espesa (Fotografía 38).



Fotografía 38. Gonorrea aguda. Fuente: Angulo Cuesta (2004), p. 169.

**catalina** *f. coloq.* ‘purgaciones’. Se usa normalmente en plural.

Ej.: *Dicen que Luis agarró unas tremebundas catalinas por atacar a Marcial por su retaguardia.*

No figura en los diccionarios generales con nuestra acepción. Otro valor presentan

también dos concordancias en PRESEEA, diez en CORDE, una en CREA y dos en CORPES XXI.

En *VN* (s. v.) se recoge esta voz con idéntico significado en Pamplona y otras localidades.

En La Rioja, el *CHLR* (s. v.) la define como ‘gonorrea’ [HR: Islallana].

En España, las *catalinas* son *coloq.* ‘excremento, especialmente el humano’ (*DLE*, s. v. catalina), acaso voz eufemística, influida por el nombre propio *Catalina*.

#### 7.16.10. ‘PAPERAS’

Mediante la denominación de *paperas* se designa, de un modo coloquial, la inflamación de las glándulas salivales parótidas (u. m. en pl.). Antiguamente, existió un uso en singular, *papera*, con el significado de bocio y caído en desuso en la actualidad.

La relevancia clínica en urología y la fisiopatología de las parotiditis se pone de manifiesto en el anexo XII.

**andadera**<sup>2</sup> f. ‘paperas’. Se usa normalmente en plural.

Ej.: *Menudas andaderas cogió Pedrito, el pobre, con cinco años. Ahora ya ni se acuerda.*

No recogida en *DLE*, *DUE*, *DEA* con nuestra acep. Los corpus de español consultados también reflejan otros significados.

Es voz empleada en Aragón y Navarra con un sentido muy parecido. Así, para la primera región, en *DVA* ‘seca, sequilla o hinchazón en las glándulas’, en *NDEA*, ‘seca, infarto glandular’, o en *DA* ‘bultos que se hacen en las ingles y en el sobaco. En Navarra, el *VN* (s. v.) apunta ‘nombre que aplica a las adenitis submaxilares; a los ganglios que se infartan bajo la quijada’ (de uso general).

En La Rioja, según se recoge en el *CHLR* (s. v.) es un ‘ganglio infartado’ [ALEANR VII, 974: 302] y, como en nuestro caso, ‘paperas’ [HR: Préjano].

Derivado del verbo *andar* ([dicho de algo inanimado] ‘ir de un lugar a otro’, según *DLE*) con el sufijo *-dera*.

Al realizar una palpación, se desplaza la piel sobre el ganglio pareciendo que está *anda* sobre el ganglio.

**crecedera** *f.* ‘paperas’. Se usa normalmente en plural.

Ej.: *En el pueblo, antiguamente, teníamos mucho miedo a que los niños pillaran crecederas.*

No en *DLE*, *DUE* ni *DEA* con esta acep. Tampoco encontramos esta expresión en otros dialectos distintos del riojano.

En *VR* (s. v.) se define como ‘glándulas parótidas infartadas, frecuentes en los niños’.

Habitualmente tras un proceso infeccioso de paperas, el niño crece en altura.

**hueca** *f.* ‘paperas’.

Ej.: *No estoy preocupada por la epidemia. Mi niño está vacunado de la hueca.*

No aparece con tal significado en ninguna de las obras y corpus consultados, salvo para el riojano.

En *CHLR* (s. v. *hueco, ca*), se recoge como 6.<sup>a</sup> acep. ‘paperas’ [*ALEANR* VIII, 1004: 605].

Probablemente se trate de un sustantivo deverbial de *ahuecar*, ‘poner hueco’ (*DLE*, s. v.), es decir, ‘hinchar’. Desde *la/una ahueca*, por aféresis fonosintáctica, *la/una hueca*.

Se utiliza este vocablo porque la inflamación desplaza el pabellón auricular externo, dejando un hueco entre la oreja y la cabeza.

**papo** *m.* ‘paperas’.

Ej.: *El pobre Carlos se quedó sordo por el papo que tuvo de crío.*

Los diccionarios usuales recogen significados anatómicos de esta voz, humanos y animales (‘Parte abultada del animal entre la barba y el cuello’, ‘buche de las aves’). También registran un sentido coloquial (‘moflete’) y vulgar (‘parte externa del aparato genital femenino’), así como, en el occidente español, ‘bocio’. En *DEA*, además, se añade el valor regional de ‘cierta enfermedad contagiosa del ganado’ [20.8.74, *Contra el papo o Paperas*, cápsulas Vitan®].

En *COSER* se lee una concordancia con otra acep.; en *CORDE*, veinticuatro casos, aparentemente como ‘bocio’; en *CREA*, hay dieciocho concordancias con diferentes aceps. a la nuestra.

No lo hemos hallado con este sentido en obras lexicográficas de otros dialectos distintos del riojano.

En *CHLR* (s. v.) se señalan los siguientes significados: 1. ‘carrillo muy carnoso, moflete’ [*VR*: Logroño; *HE*: Entrena; *LM*: Muilla]; 2. ‘paperas’ [*ALEANR* VIII,

1004: 500, 501]. 3. ‘hinchazón no habitual del carrillo’ [LAI: Alberite]; 4. ‘enfermedad del ganado causada por la ingestión del coscojo’ [PC: Los Cameros]. 5. [entre los pastores] ‘enfermedad que produce un abultamiento en el cuello de la res ovina, bajo la barba’ [HR: Villavelayo].

Se trata de un sustantivo deverbal, de *papar* (lat. PAPPARE ‘comer’). Extensión semántica por la que del significado anatómico de ‘parte abultada...’ se pasa a la ‘enfermedad que produce el abultamiento...’.

### 7.17. TRAUMATISMOS

A pesar de que las lesiones urológicas pueden reconocerse tardíamente (Vega, 2003, pp. 41-59), por fortuna no suelen ser mortales. Sin embargo, la morbilidad de las lesiones puede ser severa, en especial las que provoquen extravasación de orina, ya que estas lesiones pueden ser responsables de la aparición de un urinoma (Graham, 1986, p. 145) (y de un flemón) y pueden comprometer seriamente la supervivencia del enfermo.

Debe asumirse que cualquier agresión provocada con gran violencia puede producir una lesión renal, sobre todo las producidas en la zona inferior del tórax y/o en la superior del abdomen.

Si se confirma la presencia de sangre en orina, tanto macroscópica como microscópica (analítica) se hace imprescindible la realización de una exploración ecográfica y/o radiológica completa, con urografía IV, e incluso TAC.

Dependiendo del tipo de lesión renal, el tratamiento será conservador (expectante) o quirúrgico.

Los aplastamientos de la pelvis con fractura de pubis, se asocian con lesiones vesicales.

Los traumatismos perineales pueden provocar lesiones testiculares o peneanas, a pesar de que la gran movilidad de estos órganos hace que puedan quedar indemnes.

El diagnóstico de lesión testicular, a consecuencia de un traumatismo contuso, se realiza generalmente por los datos clínicos: la decoloración del escroto, la hinchazón rápida del mismo, el gran dolor y la historia del traumatismo nos deben hacer sospechar de posible rotura testicular. En particular, podría darse en una lesión por *caída a horcajadas*, en la que los testículos pueden ser dislocados fuera del escroto.

En ese caso, debe procederse a la realización de un estudio ecográfico y/o TAC.

La lesión testicular requiere un diagnóstico precoz y una reparación quirúrgica. Su retraso dará como resultado una orquiectomía innecesaria.

En el caso de la caída a horcajadas (Pierce, 1989, pp. 329-334), debe sospecharse la rotura uretral y su evaluación se realiza con la uretrografía, a ser posible bajo control fluoroscópico (McCallum, 1981, pp. 81-106).

Si la uretra está simplemente traumatizada, se recomienda únicamente la derivación urinaria por sonda vesical tipo Foley, de silicona. Si existiera la mínima

dificultad en el sondaje, la derivación urinaria debe hacerse por medio de una sonda suprapúbica, generalmente de tipo Cystocath® (Leal, 1998, pp. 51-64).

Si existe rotura uretral, se aconseja la exploración y reparación inmediata de la lesión y la colocación de los mismos tipos de drenaje indicados en el párrafo anterior.

Esta breve introducción nos lleva a analizar el léxico de caídas, traumatismos y sus lesiones.

### 7.17.1. ‘CAÍDA DE ESPALDAS O DE COSTADO’

**zambostada** *f.* ‘caída de espaldas’

Ej.: *Nuestro tío se dio anoche una zambostada y está orinando sangre.*

No se recoge en los diccionarios generales de uso del español ni tampoco en los dialectales vecinales.

En *CHLR* (s. v.) se define como ‘caída, costalada’ [CVR; CI: Briones; GC: Castilseco, Galbárruli]. (El *DLE* define *costalada* como ‘golpe que alguien da al caer de espaldas o de costado’).

Las voces *zambostas* y *zambostazos* en *CHLR* designan, entre otros valores, a un ‘individuo torpe’ [TEV: Santurde de Rioja], por lo que acaso podría relacionarse *zambostada* (al igual que *zambostazo*, también presente en el vocabulario riojano, *CHLR*, s. v.) con *zambo*, por derivación. Siguiendo al *DCECH*, *zambo* es probable alteración del lat. vg. STRAMBUS (lat. cl. STRABUS) ‘bizco’, ‘de forma irregular’. En *Aut.*: «el que tiene las piernas torcidas hacia afuera, y juntas las rodillas».

### 7.17.1. ‘CAÍDA DE CULO’

**culetada, culetazo y culetón** *f. y m.* ‘caída de culo’.

Ej.: *Desde que se dio el culetazo esquiendo está perdiendo continuamente orina*

Ninguna de ellas se recoge en los diccionarios generales de uso del español ni tampoco en los dialectales vecinales, salvo *culetada* y *culetazo* que en el *VN*, que aparecen como ‘caída de culo’.

Salvo una concordancia en *CORDE*, que transcribimos, coincidente con *culetazo*, no se ha encontrado ninguna otra con nuestra acep. en los diferentes corpus del español: -«Pobre Chepita, se dio un culetazo en el hielo y hace una semana está en el

hospital. Si hubiera tenido alguna protección... pero con ese saco e' güesos» [1967, Cotto-Thorner, Guillermo, *Trópico en Manhattan*].

En *CHLR*, se define *culetada* como 'caída brusca y dolorosa sobre las nalgas' [RI: Briones, Calahorra, Castañares de Rioja, Galbárruli, Nájera, Ollauri, Pradejón; HE: Entrena; LM: Munilla; TEV: Santurde de Rioja]; *culetón* [RI: Arnedo, Cenicero, Fuenmayor, Nájera]; y *culetazo* [LM: Munilla; SV: san Vicente de Munilla].

El *VR* con similar significado lo da como común en La Rioja.

**masculillo, masculillo, masculido** *m.* 'culada'.

Ej.: *Me duele la cuscusilla desde que me di el masculillo el día que nevó.*

En *DLE* y *DUE*, s. v. *masculillo*, *m.* 'porrazo', 'golpe'.

No recogido en *DEA* ni en corpus del español. Tampoco aparece en diccionarios regionales vecinales.

En *VR* y *CHLR*, con el significado de 'culada'. *Masculillo* y *masculido* se localizan en Ojacastro, en tanto que *masculillo* lo hace en la localidad de Nájera.

El *DCECH*, s. v. *masculillo*, ofrece una etimología detallada de este vocablo: «*masculillo*, 'juego de muchachos que consiste en coger a otro dando golpes con su trasero', alteración de \**basculillo*, dim. de *básculo* 'acción de golpear con el trasero de otro', der. del fr. antic. *baculer* 'golpear en esta forma', compuesto de *battre* 'golpear' y cul 'culo', luego deformado por influjo de bas 'bajo', y en castellano atraído por *másculo* 'macho'».

Pagés (1914) recogió la palabra *masculillo* y la definió así: 'acción de zarandear dos o más a uno cogiéndole por los sobacos y por las piernas, balanceándole en el aire y dándole, a cada vaivén, contra el muro, golpes en las posaderas'. Aporta, además, un testimonio de Lope: «los más de éstos son gigantes, / y dentro de su castillo, cuatro o cinco son bastantes / a darte tal *masculillo* / que nunca de él te levantes» (*apud DCECH*, s. v.).

Nuestras voces, por tanto, recogen los semas de 'golpe' y 'en el culo' etimológicos, pero manifiestan una contextualización diferente de dicho golpe, que ya no es propinado por nadie, sino como resultado de una caída.

*Masculillo* presenta una alternancia consonántica *l > d* por posible disimilación de laterales; *masculido* refleja una metátesis de la voz anterior, favorecida por la terminación frecuente *-ido*.



**pantigada** *f.* ‘culada’.

Ej.: *Menuda pantigada que me di ayer esquiando.*

La palabra *pantigada* no está recogida ni en diccionarios generales ni en los dialectales vecinales. Tampoco aparecen en los diferentes corpus del español ni en *DCECH*.

En *VR* y *CHLR*, *pantigada* ‘culada, golpetazo’ [Arnedo].

Sustantivo derivado de *\*pantigar* < *\*PANTICARE*, der. de *PANTEX*, -ICIS ‘panza’ (comp. *repantigarse*). Sorprende en el uso de esta voz el desplazamiento semántico producido al implicar este tipo de caída con el culo y no con la panza, como se deduce de su etimología.

**pantingada** *f.* ‘culada’.

Ej.: *Pedazo pantingada se dio al bajarse de la bicicleta.*

La palabra *pantingada* no está recogida en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni aparece en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

Oída en Nájera con más frecuencia que *pantigada*.

Variante fonética de la voz anterior, *pantigada*, que manifiesta la repercusión de la nasal habitual en *repantingarse* / *rempantingarse* (< *repantigarse*) o *Conchinchina* (< *Cochinchina*).

**7.17.2. ‘CAÍDA A HORCAJADAS’**

El traumatismo consecutivo a la denominada *caída a horcajadas* es de singular importancia en la patología traumática de la uretra membranosa y bulbar, en la que la uretra es aplastada entre el agente contundente y el plano óseo del pubis (Ballesteros Sampol, 1995, pp. 5-6) (Figura 23).

La caída a horcajadas es la causa más frecuente de lesión de la uretra anterior. Sus consecuencias, en dependencia del agente causante y de la intensidad del traumatismo, van desde la simple atricción hasta la sección uretral con separación de sus cabos y aparición de la clásica triada sintomática: uretrorragia, retención urinaria y hematoma *en silla de montar*. Su posterior evolución hacia la estenosis uretral enturbia su pronóstico (Broseta, 2004, p. 87).

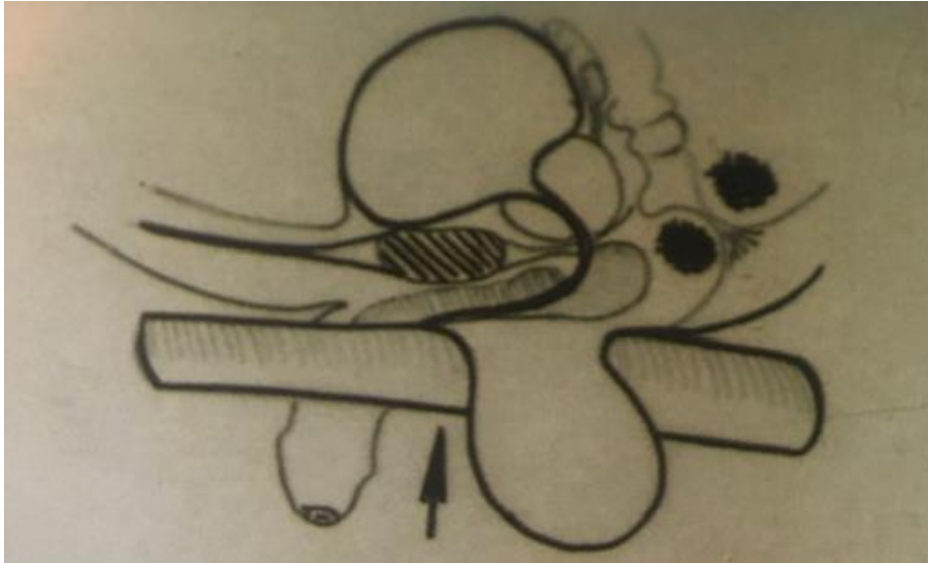


Figura 23. Mecanismo de lesión por caída 'a horcajadas'. Fuente: Ballesteros Sampol, 1995, pp.5-6

El *DLE* define la loc. adv. *a horcajadas* como [dicho de montar, cabalgar o sentarse] con una pierna a cada lado de la caballería, persona o cosa sobre la que se está.

Se trata de un derivado de *horcajo*, dim. de *horca* (lat. *FURCA* 'horca de labrador', 'palo hincado en el suelo y bifurcado en lo alto, para ahorcar a los condenados, sujetando su pescuezo a la bifurcación por medio de un travesano').

**a anchagarras** loc. adv. 'a horcajadas'.

Ej.: *Llévame a anchagarras. Me encanta.*

La palabra *anchagarras* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

En *VN*, *llevar a otro a anchagarras*: 'llevarlo a horcajadas' [Ribera, Urraúl Alto y Bajo, San Martín de Unx].

En *VR* (s. v.), *a anchagarras* es *a horcajadas* [Villarta-Quintana].

La expresión está compuesta de la preposición *a*, seguida del verbo *anchar* y *garras* 'piernas'. Como en otras expresiones compuestas de verbo + CD, el sustantivo se flexiona en plural (comp. *tragaperras*, *quitanieves*, *cortauñas*, etc.). Al tratarse de un sustantivo femenino, además, el resultado de esa flexión es *-as*, terminación de alta frecuencia en expresiones adverbiales: *a tientas*, *a tontas y a locas*, *a ciegas*, *a sabiendas*, etc.

**a anchapatas, a.** *loc. adv.* ‘a horcajadas’.

Ej.: *Le puso a anchapatas en el macho.*

La palabra *anchapatas* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

En *VN*, *a horcajadas* es *arrecaballico* [Torres del Río].

En *VR*, *a anchapatas* se define como aquí [Galilea].

*Cf.* *anchagarras* para la descomposición morfológica de la expresión.

**a asparranquillas** *loc. adv.* ‘a horcajadas’.

Ej: *Desde que me caí a asparranquillas tengo el testículo muy dolorido.*

La expresión *a asparranquillas* no está recogida en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni aparece en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

El término preposicional altera el comienzo de la palabra *e > a* por fonosintaxis (la propagación de la *a* preposicional en la locución: *a esparranquillas > a asparranquillas*), si bien influido por una posible asimilación vocálica como consecuencia de las *ae*s presentes en *esparranquillas*.

Derivado de *parrancas* (en la *loc. adv.* *a parrancas*, que el DRAE [1956] marcaba como de Valladolid), y esta de *parra*, posiblemente, como se apunta en *Aut* (s. v. *esparrancar*): «porque assi como los sarmientos de la vid doméstica, se tienden y abren sobre la armadura de palos para extenderlos y que formen el emparrado, del mismo modo los que abren assi las piernas las tienden y esparrancan».

**esparranclar** *tr.* ‘caer a horcajadas’

Ej.: *Doctor, míreme porque desde que me esparranclé no meo bien.*

La palabra *esparranclar* no está recogida en ningún diccionario de uso general ni dialectal vecinal ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

En *CHLR* *esparranclar* *tr.-prnl.* ‘abrir las piernas’. [LA: Anguiano].

**esparrangar(se)** *prnl.* ‘caer a horcajadas’.

Ej.: *Desde que se esparrangó se queja el chiquillo de los huevitos.*

La palabra *esparrangar(se)* no está recogida en ningún diccionario de uso general (sí está *esparrancarse*, en *DLE*, s. v.) ni dialectal vecinal ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

En *CHLR*, *esparrangar(se)*, 1. ‘caerse con las piernas abiertas, despatarrarse’ [HR: Tobía]; 2. ‘abrirse de piernas’ [VOC: Neila, Villavelayo].

Esta forma presenta la conocida sonorización sorda tras sonante, frecuente en riojano y de clara influencia eusquérica.

**a esparranquillas** *loc. adv.* ‘a horcajadas’

Ej: *Me da mucho miedo que lleves al niño a esparranquillas por si se cae.*

La expresión *a esparranquillas* no está recogida en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

Únicamente, en *HB* (Monasterio), se encuentra pero como ‘a horcajadas’, ‘con las piernas abiertas’, y añade que «suele decirse del modo de llevar a un niño a la espalda, con sus piernas hacia delante».

El comienzo del sustantivo manifiesta el prefijo *es-* < lat. *EX-*, que indica separación (p. ej., *escoger*).

**a parrancletas** *loc. adv.* ‘a horcajadas’.

Ej: *De niños hacíamos carreras llevando a otro a parrancletas.*

La palabra *parrancletas* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

**a parranclillas** *loc. adv.* ‘a horcajadas’.

Ej: *Móntate a parranclillas pa cruzarte el río.*

La palabra *parranclillas* no aparece en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni en los distintos corpus de español consultados. Tampoco en *DCECH*.

Pudiera tratarse de un cruce por *parranquillas* y *cucullillas* (es decir, ‘con el cuerpo doblado de suerte que las nalgas se acerquen al suelo o descansen en los calcañares’, *DLE*, en *cucullillas*).

**a parranguillas** *loc. adv.* ‘a horcajadas’.

Ej: *La moza saltó con mucho aire sobre la mula y montó a parranguillas.*

La locución *a parranguillas* no está registrada en ningún diccionario de uso general ni dialectal vecinal ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

En *VR*, ‘a horcajadas’.

**a parranquillas** *loc. adv.* ‘a horcajadas’.

Ej: *Se conduce mejor la bici cuando te sientas a parranquillas.*

La palabra *parranquillas* no aparece en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni en los distintos corpus del español. Tampoco en *DCECH*.

Sí aparece *a parrancas* en el *DLE*, *loc. adv. coloq. Vall.* ‘a horcajadas’, de la cual deriva nuestra expresión [no en *DUE* ni *DEA*].

## 7.18. CONTUSIONES

Con las coloquiales palabras *magullamiento*, *magulladura* o más técnica *contusión* (del lat. *contusio*, *-ōnis*), se denomina al traumatismo mecánico producido por un objeto plano o romo (sin aristas) sin que se abra la piel (traumatismo cerrado). Las contusiones de primer grado cursan con manchas hemorrágicas intradérmicas (equimosis, petequias) o con pequeñas colecciones sanguíneas subcutáneas (sufusiones). En las contusiones de segundo grado, se produce una colección palpable de sangre en el tejido subcutáneo (hematoma) o de linfa extravasada. La contusión de tercer grado, la más grave, se caracteriza por la necrosis de la piel en todo su espesor e, incluso, de tejidos más profundos. En resumen, se trata del daño que recibe alguna parte del cuerpo por golpe que no causa herida exterior. (DTM) (DLE)

### 7.18.1. ‘APLASTAR(SE)’

Se entiende por aplastar el deformar una cosa por presión o golpe, aplanándola o disminuyendo su grueso o espesor. U. t. c. prnl. (DLE).

**amagullar(se)** *tr.* y *prnl.* ‘aplastar(se)’.

Ej.: *Se amagulló sus partes con su caída a horcajadas.*

La palabra *amagullar* no está registrada en los diccionarios generales ni dialectales consultados.

No encontramos concordancias en los diferentes corpus del español.

En *DCECH* s. v. *magullar*, voz hermana del gall.-port. *magoar* ‘magullar, acardenalar’, cat. *magolar* ‘magullar’, it. dial. *magolare* íd., sardo *magulare*, *mac(c)ulare*; probablemente descendientes semicultos del lat. *macŭlare* ‘marcar (la piel) con manchas’, ‘mancillar’, ‘corromper’; la forma castellana se deberá a un cruce de *magular* con *abollar*.

Entre sus derivados aparece *amagullar* [h. 1490, *Celestina*, *DHist.*].

En *CHLR* encontramos ‘amagulado, da’ adj. ‘magullado’ [DP: Calahorra; VC: Calahorra].

La palabra presenta una *a* protética típica en verbos como *arrascar* por *rascar* o *arrempujar* por *empujar*, que se explican por utilizarse frecuentemente en perífrasis verbales con la preposición *a* (*me va a magullar* → *me va a amagullar*).

**amaulamiento** *m.* ‘magullamiento’

Ej.: *Se cayó de la bici y tuvo un amaulamiento de los testículos-*

La palabra *amaulamiento* no está recogida por los diccionarios de uso del español ni en los dialectales vecinales. Tampoco hemos encontrado concordancias en los diferentes corpus del español.

En *VR*, *amaulamiento* es ‘magullamiento’ [Arnedo].

**amaular(se)** *tr. y prnl.* ‘aplastar(se)’

Ej.: *Se cayó de la bici y se amauló sus partes.*

La palabra *amaular* no está registrada en los diccionarios generales ni dialectales vecinales consultados.

Tampoco encontramos concordancias en los diferentes corpus del español consultados.

En *VR* *amaular* es ‘magullar’, ‘padecer contusión o magullamiento’ [Cornago.] *Cayó de lo alto del castaño y quedó amaulado.*

En *CHLR*, *amaular* es ‘magullar’. En *VR*, *prnl.* ‘magullarse’. *Se cayó de la bici y se amauló.* [CVR: Cornago; RI: Arnedo, Corera].

No encontrada en el *DCECH*.

**amaullar(se)** *tr. y prnl.* ‘aplastar(se)’.

Ej.: *Se cayó de la bici y se amaulló sus partes.*

La palabra *amaullar(se)* no está registrada en los diccionarios generales ni dialectales vecinales consultados.

No encontramos concordancias en los diferentes corpus del español consultados.

En *VR*, *amaullar*, ‘amaular’ [Cornago].

No encontrada en el *DCECH*.

**aplastar(se)** *tr. y prnl.* ‘aplastar(se)’.

Ej.: *Se sentó tan bruscamente en el caballo que se aplastó los huevos.*

La palabra *aplastar* no está recogida ni en los diccionarios generales ni en los dialectales seleccionados.

Tampoco encontradas concordancias en los corpus consultados.

No referenciada en *DCECH*.

Oída en Matute por nuestros encuestadores.

Claro cruce de *aplastar* y *remostar*.

**remostar(se)** *tr. y prnl.* ‘aplastar(se)’.

Ej.: *Al caerme del carro me remosté los testículos.*

En *DLE, DUE* y *DEA*, *prnl.* [dicho de los racimos de uva o de otras frutas que se maltratan y pudren en contacto de unas con otras] ‘mostear antes de llegar al lagar’.

En *VA*, ‘aplastar una cosa blanda’: «Se ha sentado encima de las ciruelas y las ha remostado». «Por andar a obscuras se remostó las narices contra un poste».

En *VR*, *remostar*, ‘aplastar las frutas de modo que rezumen algo de su jugo’. Aplicase también a las uvas como a cualquier otra fruta. Ú.t.c.r. [Común.] *Me traje las frutas revueltas y todas remostadas*; ‘aplastar alguna parte del cuerpo’. .Ú. t. c. r. *Al ir a clavar un clavo resbaló el martillo y se remostó dos dedos.*

En *CHLR*, *remostar*, *tr.* ‘aplastar una cosa blanda’ [VR; HR: Cenicero; RI: Azofra, Fuenmayor, Grávalos, Hornillos de Cameros, Nájera, Navarrete, Ollauri, Villamediana de Iregua; HA: Anguiano; GC: Castilseco, Galbárruli; HE: Entrena; SV: San Vicente de Munilla; LAI: Alberite; LM: Munilla; TEV: Santurde de Rioja].

No encontramos concordancias en los diferentes corpus del español consultados, salvo una en CORDE con distinta acep. a la nuestra.

En DCECH s. v. *mosto*, del lat. MŪSTUM *id.*

Como señala el DCECH: «De uso general en todas las épocas y común a todos los romances. Entre sus derivados aparecen, *Remostecerse el vino* [Nebr.], *remostar* [«remostado vino» *ibid.*], *remosto*. etc».

**remostijear(se)** *tr. y prnl.* ‘aplastar(se)’

Ej.: *Se remostijéó sus partes con la barra de la bicicleta.*

La palabra *remostijear* no está recogida en los diccionarios generales ni dialectales vecinales consultados. Tampoco encontramos concordancias en los diferentes corpus del español consultados.

En *VR*, *tr.* ‘remostar’ [Arnedo].

En *ML*, *remostijo* (*hacer un remostijo*), es ‘remostar’.

No aparece en *DCECH*.

**remostujiar(se)** *tr. y prnl.* ‘aplastar(se)’.

Ej.: *Al caerme del carro me remostujíé los testículos.*



La palabra *remostujiar* no está registrada en los diccionarios generales ni dialectales vecinales consultados.

Tampoco encontramos concordancias en los diferentes corpus del español consultados.

En *ML*, *remostujiar*: ‘remostar’.

En *CHLR*, *remostujiar*, ‘aplantar los racimos de uva antes de llegar al lago’ [ML: Matute].

No encontrada en el *DCECH*.

## 7.19. LESIONES POR CALOR

### 7.19.1. 'QUEMADURA'

Se denomina así a la lesión cutánea (o de un tejido orgánico) debida al contacto con cuerpos sólidos, líquidos o gaseosos a elevadas temperaturas. Su gravedad depende de la duración de la exposición al calor, de la intensidad de este y del grosor de la piel, y difiere según la extensión, profundidad y localización de esta. Se clasifican en quemaduras de primero, segundo o tercer grado. Las quemaduras de segundo y de tercer grado suelen infectarse y forman cicatrices fibrosas con contracturas. Además de las quemaduras térmicas, existen quemaduras especiales o complejas que incluyen las quemaduras eléctricas, por irradiación y químicas. (*DTM*)

Las quemaduras de los genitales según Graham (1986, p.145), pueden estar provocadas directamente por la acción directa del fuego, o por sustancias cáusticas o corrosivas, o lo más frecuente, son producidas yatrogénicamente, por descarga eléctrica, por mal aislamiento (toma de tierra) del aparataje utilizado durante las intervenciones quirúrgicas.

No amenazan la vida generalmente, pero requieren tratamiento inmediato, consistente, en aliviar el dolor y tratamiento local de la zona quemada.

La terapia local consiste la eliminación del tejido adherido y sucio del área lesionada, y en la aplicación de gasas estériles empapadas en una solución de nitrato de plata al 0,5% o sulfadiazina.

El apósito se cambiará con frecuencia, hasta que se desprenda la escara de la quemadura, con aparición del tejido de granulación subyacente.

Cuando dicho tejido esté limpio y libre de infección, la zona queda lista para realizar el injerto cutáneo, si fuera necesario. (Graham, 1986, p.145)

**quemazo** m. 'quemadura'

Ej.: *Dr. me duele mucho el quemazo.*

La palabra *quemazo* no está registrada en ningún diccionario de uso general con nuestra ac. En *DEA*, (s. v.) *m* está contemplado como la 'acción de quemar' y con la marca de regional sin indicar la localización.

No aparecen en los distintos corpus del español consultados. Tampoco en *DCECH*.

En *VN* y en *DA*, (s. v.), *m.* Quemadura.

En *CHLR* (s. v.) *m.* Quemadura. [HR: Lardero, Logroño; HE: Entrena; LAI: Alberite].

En nuestra encuesta fue recogida en Santo Domingo de La Calzada.

### 7.19.2. ‘HUMOR SEGREGADO POR UNA QUEMADURA’

El calor de las quemaduras provoca la desnaturalización de las proteínas y, por ende, la necrosis coagulativa. Los tejidos dañados a menudo se vuelven edematosos, lo que aumenta aún más la pérdida de volumen intravascular. (Carter, 2020)

#### aguafuego

Ej.: *Me cambian mucho las gasas del quemazo porque produce mucho aguafuego.*

La palabra *aguafuego* no está recogido en ningún diccionario de uso general ni dialectal ni aparece en los distintos corpus del español. Tampoco aparece en *DCECH*.

Pudiera tratarse de un cruce de agua y fuego.

En *DCECH* s. v. *fuego*, del lat. F-CUS ‘hogar’, ‘hoguera’, ‘brasero’.

*1.ª doc.*: orígenes del idioma: *fogo*, 1155, Fuero de Avilés; *fuego*, Berceo; doc. de Burgos, 1219 (Oelschl.) y sus derivados *Trashoguero* [h. 1540, D. Gracián; así, p. ej., en Cespedosa, *RFE* XV, 281; comp. el ant. *trasfogar*, *RFE* X, 131; rioj. *trasfuego*], con *trashoguero* comp. el fr. ant. *treffouiere* íd., *VRom.* IX, 186. *Fogaje*. Gall. *fogaxe* ‘ardor, fogosidad’ («a *fogaxe* patrioteira» Castelao 196.20), port. *fogagem* ‘inflamación de la piel’. Etc

Y en *DCECH* s. v. *agua*, del lat. AQUA íd.

*1.ª doc.*: orígenes del idioma (Glosas de Silos, etc.) y sus compuestos a base de\* AQUITÖLLIUM, de fecha muy antigua, en vista del rioj. *aguadojo* ‘canaleta de agua’ (citado por *GdDD* 623). *Aguafuerte*. *Aguamanos* [S. XV], del lat. *aqua-in-manus* ‘agua para las manos’, que en inscripciones pompeyanas ya aparece en la ac. de ‘aguamanil’. *Aguamarina*. *Aguamiel* [1513]. *Aguapié* ‘vino hecho con orujo y agua’ [Nebr.], etc.

Por todo anteriormente visto pudiera tratarse de la misma composición que aguadojo, aguafuerte o aguamanos y hacer referencia a la supuración de linfa (agua) que se produce en la piel cuando sufre una quemadura.

## 7.20. LESIONES INCISAS

### 7.20.1. ‘CORTADA’

Con la palabra *cortada* nos referimos a una herida hecha con un instrumento cortante.  
(DLE) (DTM)

#### **jabetada** f. ‘cortada’

Ej.: *Como sangraba de la jabetada. Lo llevaron a urgencias.*

La palabra *jabetada* no está registrada en los diccionarios de uso del español ni en los dialectales.

Tampoco hemos encontrado concordancias en los corpus del español consultados.

No encontramos su etimología en la consulta del DCECH.

DVR y GRA, (s. v.), f. Corte grande. (Sorzano)

#### **jinetada** f. ‘cortada’

Ej.: *La jinetada no era muy grande y solamente me dieron dos puntos de sutura.*

La palabra *jinetada* no aparece en DEA y en DLE y DUE aparece con la ac. de ‘acto de vanidad o de jactancia impropio de quien lo ejecuta’ bajo la marca de poco usado.

No recogido en diccionarios dialectales consultados.

No en encontrado con nuestra ac. en ninguno de los corpus revisados del español.

En DCECH s. v. *jinete*, significó primeramente ‘soldado de a caballo que peleaba con lanza y adarga, y llevaba encogidas las piernas, con estribos cortos’, y procede del ár. vg. *zenêṯī* (ár. *zanāṯī*) ‘individuo de Zeneta’, tribu bereber, famosa por su caballería ligera, que acudió en defensa del reino de Granada en el S. XIII.

Entre sus derivados aparece, *Jineta*; fue primitivamente adjetivo: *lanza jineta* ‘la corta que blandían los Zenetes’, luego abreviado en *jineta*; *espada jineta* (1369, testamento de Pedro el Cruel). *Jinetada*.etc.

Por ello creemos que nuestra *jinetada* ‘cortada’ de la herida provocada por una espada *jineta*.

**tarjazo** m. 'cortada'

Ej.: *Casi se le cae el pene del tarjazo que le dieron*

La palabra *tarjazo* no está registrada en los diccionarios de uso del español. Tampoco encontrado en los corpus españoles consultados.

En *DLE*, (s. v.) *tarja* (del fr. *targe*), 'corte o hendidura que se hace como señal' y la 'caña o palo en que por medio de muescas se va marcando el importe de las ventas'.

En *VR* y *CHLR*, (s. v.) *tarja* f. Navaja de corte largo. [CVR: Baños de Río Tobía].

En *VN*, (s. v.) Muesca o incisión, hecha a navaja o a cuchillo, para marcar una señal en un objeto. // Cortada. [Ribera tudelana].

En *VR* (s. v.), m. Golpe dado con la tarja, herida grande. [Baños de Río Tobía.]

En *CHLR*, (s. v.) m. Golpe o herida producidos por la tarja. [CVR: Baños de Río Tobía; RI: Fuenmayor, Ollauri].

**7.20.2. 'CORNADA'**

Las cornadas son lesiones que deben evaluarse con minuciosidad, siguiendo los consejos del Dr. Saturnino Napal (2003, p.15), ya que con frecuencia, puede producirse una cornada grave, profunda y con grandes destrozos.

Así mismo, sería recomendable que en los equipos médico-quirúrgicos de los espectáculos taurinos, uno de sus componentes fuera un urólogo, debido a que en las cornadas perineales, además de poder producirse lesiones de los genitales externos, pudieran verse afectados órganos como la vejiga, próstata, vesículas seminales, etc. (García, 2003, p.122)

**garranchada** f. 'cornada'

Ej.: *Han llevado al banderillero a la enfermería con una buena garranchada.*

La palabra *garranchada* no está recogida en el *DEA*. Si en *DLE* y *DUE* donde aparece como herida o rasgón hecho con un *garrancho* (parte dura, aguda y saliente de una planta o un tronco) o un gancho.

No encontrada con nuestra ac. en los diferentes corpus del español consultados.

En *VN*, (s. v.) Viaje o golpe que se tira con un cuchillo o navaja. [Estella.]

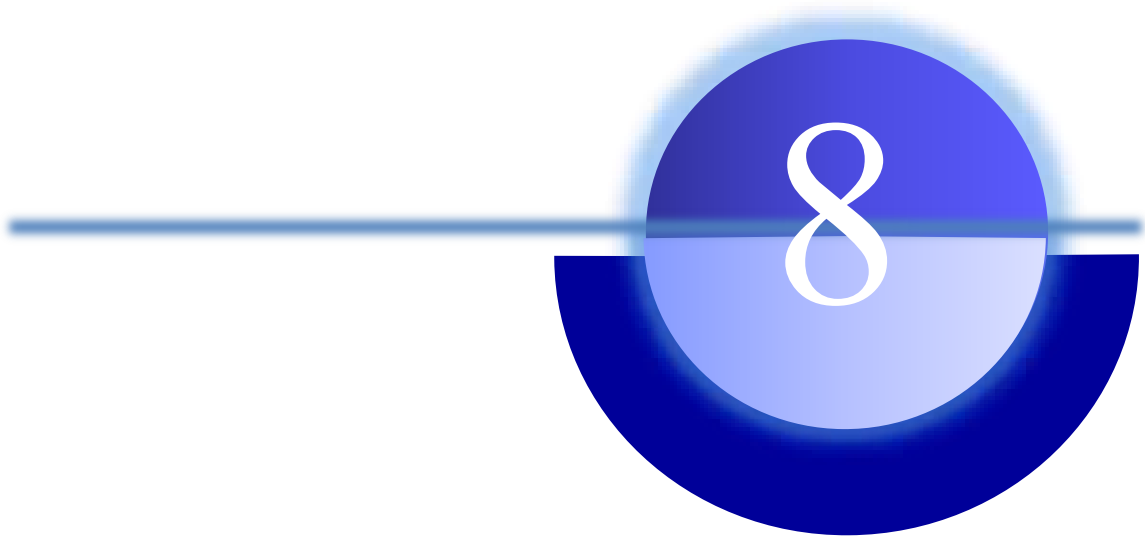
En *DA*, (s. v.) fem. - 3. Herida o roto producida por un gancho.

En *CHLR* (s. v.) f. Golpe de punta con la peonza. [DIJ: Autol].2. Cortada larga en la mano [DIJ: Autol].3. Desgarrón. [DIJ: Autol].

Se trataría de una palabra creada por 'etimología popular' por cruce de garrancho y cornada (de cuerno), al ser a veces las lesiones muy similares.

Oído por nuestros entrevistadores en el valle del Oja.

# Capítulo



Conclusiones





## 8.1. CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de esta tesis doctoral, además de las propias conclusiones de carácter lingüístico, se han podido extraer otras sobre el estudio de la urología que nos van a hacer comprender y valorar en su justa medida a esta moderna especialidad médico-quirúrgica, reconocida coma tal en el siglo XIX.

Ya antes de la historia, es decir, previamente a la aparición de la escritura, encontramos en el paleolítico manifestaciones artísticas, como pinturas rupestres en las que se ponen de manifiesto figuras humanas con penes en erección, representación de escenas de coito, escenas de bestialismo, relaciones homosexuales, en actitud eyaculatoria, etc., así como objetos muebles con representaciones fálicas, lo que nos hace pensar que la especialidad de urología ha estado presente, de un modo u otro, desde los primeros momentos en la historia de la humanidad.

La actividad urológica ya está explícitamente citada en el primer texto de ética y deontología medica conocido, el que fue y sigue siendo la guía permanente en nuestro quehacer profesional: el conocido *Juramento Hipocrático*, en el que textualmente se dice:

«No operar ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino dejarlos en manos de quienes se ocupan de estas prácticas».

Que la práctica de la circuncisión, junto con la intervención del mal de la piedra y la trepanación craneal han sido las actividades quirúrgicas más antiguas conocidas.

Inicialmente, la ejecución de este tipo de intervenciones ha estado en manos de los curanderos, hechiceros y quiroprácticos, todos ellos apartados de la formación científica médica durante muchísimos siglos, diferenciando en todos los sentidos la actividad médica de la quirúrgica, hasta que recientemente esta última fue incorporada y equiparada a la formación médica tradicional.

La práctica quirúrgica urológica la realizaban los cirujanos generales, hasta que la complejidad y la sofisticación del instrumental urológico ha hecho que esta especialidad se desgajara de la cirugía general.

Pocas especialidades han evolucionado con tanta intensidad como lo ha hecho la urología en cuanto a técnicas y aparatajes se refiere: la endoscopia, la cirugía percutánea, las ondas de choque y, finalmente, el trasplante.

Y, además, siguiendo la idea de mi profesor, el Dr. Romero Aguirre, hay que reivindicar para la especialidad de urología el ser reconocida como uroandrogía ya que conceptualmente no pueden separarse ambas patologías, la andrológica y la urológica.

En cuanto al objetivo fundamental de este trabajo de tesis doctoral, en su apartado léxico, razón principal del mismo, este ha consistido en rescatar y analizar voces populares de La Rioja relacionadas con la especialidad de la urología. Se han estudiado 273 palabras vinculadas con dicha materia, de las cuales 146 no están recogidas en en el *DLE* y 127 aparecen con significado distinto o con marca diatópica.

De las palabras que no aparecen en *DLE* o lo hacen con otra acep. o marca diatópica, 144 tampoco aparecen en *DUE*. De las 6 que sí están recogidas en él, 2 lo hacen con significado idéntico al nuestro y 4 con otro significado. Con el mismo significado encontramos *cataplínes* y *pitopausia* y con distinto significado *azorrado*, *habazón*, *mismísimos* y *turror*.

De las palabras que no aparecen en *DLE* o lo hacen con otra acep. o marca diatópica, 144 tampoco aparecen en *DEA*. De las 10 que sí están recogidas en él, 4 lo hacen con significado idéntico al nuestro y 6 con otro significado. Con el mismo significado encontramos *cataplínes*, *pitopausia*, *quilar* y *retemblor* y con distinto significado *azorrado*, *habazón*, *lecherillas*, *mismísimos*, *quemazo* y *turror*.

Se ha constatado en los diferentes corpus académicos del español para todas las palabras incluidas en nuestro estudio, la existencia o no de concordancias, verificando si lo hacen con nuestra acepción dialectológica:

- COSER: 0
- PRESEEA: 1 (*arruga* ‘*verru*ga’).
- VALESCO: 0
- CORDE: 22

*antras, bellota, cambiar el agua a las aceitunas, cambiar el agua al canario, canario, cangrena, capullo, castrón, chivar, costura, culetazo, echar las gomas, hacer uso del matrimonio, lobinillo, malicia, mismísimos, nabo, ombrigo, pellejo, pichorra, putiar y tiriteo.*

- CREA: 20

*cambiar el agua al canario, cangrena, capullo, castrón, echar las gomas, echar un caliqueño, empujar, güito, hacer uso del matrimonio, infestarse, mango, manguera, manubrio, meada, meter(la), metisaca, pelendengues, pichina, pirola y quilar.*

- CORPES XXI: 18

*acceso, botón, cambiar el agua al canario, canario, cangrena, capullo, castrón, costura, crecedera, escultar, liendrera, manguera, manubrio, oscultar, peina, pizarrín, putiar y retembleque.*

Igualmente, de todas las palabras se ha comprobado si están incluidas o no en los diferentes diccionarios dialectales vecinales y, si aparecen, si lo están o no con la misma significación. Hay 32 con idéntico significado, tales como: *a anchagarras, a anchapatas, andadera, antras, cangrena, castrón, catalinas, cataplin(es), cil, colicoso/a, culetada, de memoria, esparranquillas, infestarse, liendrera, livieso, ombrigo, parranquillas, peina, pelendengues, petín, pichina, piquera, pirulí, quemazo, remostar(se), requebrazar(se), tarjazo, tripa (de) cucharón, tripota, turrar y zamarrada.*

En los diccionarios dialectales del ámbito riojano, se ha realizado la misma búsqueda. Hemos encontrando con la misma significación 102, tratándose, por lo tanto, de palabras específicas riojanas, que son las siguientes: *(buena/mala) correa, acucñarse, alicánanos, amaulamiento, amaular(se), amaullar(se), anchagarras/a, anchapatas/a, andadera, andadera<sup>2</sup>, antra, aplasmostar(se), argente, arrecuchar, aturrar, bañal, bañán, baño, beata, blandurrio/a, burra, cangrena, capón, catalinas,*

*cataplin(es), catolicano/a, cegachón, chichimbús, chiclón, ciclán, cil, cilapo, crecedera, culetada, culetazo, culetón, depositorio, dimuda, divielso, echar un caliqueño, esmostizar(se), esparranclar, esparrangarse, esparranquillas/a, familia, fogarrera, fruñido/a, gallarín, habachón, habarón, habaza, habitantes, hueca, huéspedes, infestarse, invitados, jabetada, lecherillas, liendreras, loseta, machar, maleza, malicia, meña, metisaca, minina, mojón, monga, orinero, pantigada, pantingada, papo, peina, pelendengues, petín, pichina, piquera, pizarrín, pote, potra, potra, puja, quebrado, quemazo, ranil, remostar(se), remostijear(se), requebrazar(se), soliquitiponcio, subida, tarjazo, tener mala vela, tiriteo, tripa (de) cucharón, triporra, turrar, vechiga, vejiba, zamarrada, zamarrón, zambostada y zarpullido.*

Si no se ha confirmado su presencia en ninguno de los anteriores cribajes, y si no aparecen o lo hacen con distinta significación, se obtiene un número de 5 palabras y se consideran entonces *palabras exclusivas* de nueva catalogación. Estas palabras son: *acceso, botón de la risa, escultar, oscultar y retembleque.*

Tal y como expresó M.<sup>a</sup> de las Nieves Sánchez de Herrero (Sánchez González de Herrero 2001):

«En el estudio de la historia de una lengua, la penetración de una nueva tradición discursiva siempre abre una brecha y crea una especie de desorden hasta que los hablantes la coloquen en su sitio y encuentren y fijen los medios lingüísticos que luego asociarán a ella. Son estas circunstancias las que en el eterno juego entre tradición y creatividad innovadora, permiten que esta predomine sobre aquella, y son, por lo tanto, momentos que merecen la atención primordial de los historiadores de la lengua».

Todas las palabras incluidas en el repertorio se han analizado desde un punto de vista etimológico, encontrando en algunas una explicación coherente y siendo en otras imposible su catalogación etimológica. Las palabras que se ha considerado con interés etimológico son las siguientes: *abrilatas, acucñarse, acucurrarse, acurrucarse, aguerado/a, alicáncanos, argente, asparranquillas, azorrado/a, bamborra, bañal, bañán, bigornia, bochincha, bochincha, catadura, catalinas, cataplin(es), cegachón, chifle, chiflo, ciclán, cil, cilapo, dimuda, echar un flete, echar un quiqui,*

*encodujonado/a, engarrincharse, enjaretar(la), envainar(la), esgollecer, esmostizar(se), fogarrera, fruñido/a, gallarín, güito, hacer fokin-fokin, hacerse una manuela, jinetada, leza, medro, mojón, nacedero, parranquillas/a., pelendengues, petín, piquera, pirola, pitopausia, ponerse en erupción, ponerse rosiente, potra, potra, quilar, soliquitiponcio, usagría, zamacuco y zambostada.*

Se han analizado también desde un punto de vista fonético y se ha comprobado que el número de ellas es casi la cuarta parte, palabras tales como: *abrilatas, acceso, acucunarse, acucurrarse, alicáncanos, amagullar(se), amaullar(se), antras, aoscultar, arrecuchar, arruga, ascreso, aspiado, aturrar, bañal, bañán, cangrena, caragüés, chichimbús, chiflo, chincle, corcoma, descalentado, divielso, echar un cirigüete, echar un quiqui, enritar(se), escuecer, escultar, esgollecer, esmostizar(se), esparranclar, esparrangarse, fogarrera, fulero/a, güito, hacer fokin-fokin, hacerse una gallumba, infestarse, inritar(se), leza, liendreras, livieso, livio/a, lobinillo, lominillo, mimbros, mindola, monga, nobinillo, nubinillo, ombrigo, orticaria, oscultar, pantingada, parranclillas/a., parranguillas/a., pelendengues, pitipausia, ponerse rosiente, putiar, ranín, remostijear(se), remostujar(se), rin(rín), soliquitiponcio, tarjazo, turror, ubanillo, umbrigo, uvanillo (o ubanillo), varruga, vechiga, vejiba y zarpullido.*

Se ha realizado el mismo ejercicio para investigar aquellas palabras con un interés semántico, y hemos comprobado que la gran mayoría tienden a ser explicaciones de palabras o voces desconocidas con otras ya conocidas y que se asemejan en forma, olor, color, etc. Estas palabras son las siguientes: *(buena/mala) correa, anchagarras/a, anchapatas/a, andadera, andadera<sup>2</sup>, aparato, ardor, asparranquillas, baño, beata, bellota, bigornia, blando/a, botón, botón de la levita, botón de la risa, botón salido, burra, cambiar el agua a las aceitunas, cambiar el agua al canario, canario, canilla, canónigos, capón, capullo, capullo, catalinas, catolicano/a, chivar, colín, colín, costura, crecedera, crecedera, cumplir, de estropajo, de memoria, depósito, descalentado, descapullado, deslardado, echar las gomas, echar un caliqueño, echar un cirigüete, echar un flete, echar una caña, empujar, envainar(la), familia, flauta, gaita, garbanzos, habitantes, hacer un río, hacer uso del matrimonio, herramienta, hueca, huéspedes, invitados, látigo, lecherillas, loseta, machar, mal de orina, maleza, malicia, mango, manguera, manubrio, meano, medro, melones, memo, meter(la), metersela hasta el hondón, metisaca, minina, mocosa, mojón, nabo, no valer tenerse, orinar'*

*balbuceando*, *orinar a 'dos caños'*, *orinar a 'dos hilos'*, *orinar en 'regadera'*, *pajarito*, *pantigada*, *pantingada*, *papo*, *peinarsela*, *pellejo*, *piel*, *pieza*, *pirulí*, *pitilín*, *pizarrín*, *pochar*, *ponerse en erupción*, *pote*, *potra*, *potra*, *puente*, *puja*, *putiar*, *quebrado*, *quemazo*, *ranil*, *ranín*, *regar las margaritas*, *remostar(se)*, *requebrazar(se)*, *rin(rín)*, *rodadera*, *rosetón*, *rosita*, *señoritos*, *subida*, *tener mala vela*, *tentemozo*, *timbre*, *tomates*, *tordos*, *tripa (de) cucharón*, *turrar*, *ubre*, *uvanillo (o ubanillo)*, *vástago*, *zarzadillo* y *zorropotro*.

Para finalizar, se ha observado también un interés morfológico en un número de estas voces: *aguafuego*, *anchagarras/a*, *anchapatas/a*, *andadera*, *antra*, *aplasmostar(se)*, *bamborra*, *blandurrio/a*, *castrón*, *catadura*, *cegachón*, *chiclón*, *cilapo*, *colicoso/a*, *crecedera*, *cuajilón*, *culetada*, *culetazo*, *culetón*, *depositorio*, *descapullado*, *encodujonado/a*, *engarrincharse*, *enjaretar(la)*, *enritar(se)*, *esgollecer*, *fogarrera*, *gallarín*, *garranchada*, *habachón*, *habarón*, *habaza*, *habazón*, *hacerse una manuela*, *inritar(se)*, *jinetada*, *lecherillas*, *loseta*, *meada*, *meína*, *metisaca*, *mindola*, *mismísimos*, *ombrigada*, *orinero*, *parrancletas/a*, *peina*, *pelleta*, *pichina*, *pichorra*, *pijero*, *piquera*, *pirola*, *pitilín*, *pitopausia*, *pizarrín*, *quemazo*, *quilar*, *remostijear(se)*, *remostujar(se)*, *requebrazar(se)*, *retembleque*, *retemblor*, *rodadera*, *rosita*, *tiriteo*, *tripaza*, *triporra*, *tripota*, *turror*, *zamarrada*, *zamarrón*, *zambostada* y *zarzadillo*, *zorropotro*.

Al realizar un análisis de ciertas palabras relacionadas con el aparato genital masculino, hemos constatado la falta de precisión en su significado, tanto en los diccionarios generales como dialectales, como por ejemplo en el vocablo *capullo*; los diccionarios generales, además de recoger los significados más extendidos de la voz, difieren al concretar la referencia anatómica del aparato genital masculino. Así, el *DLE* (s. v.), en su 7.<sup>a</sup> acep., señala que es malsonante y remite a 'prepucio'; el *DUE* (s. v.), en la 6.<sup>a</sup>, indica que vulgarmente significa 'glande'; y el *DEA* (s. v.), registra el valor de 'pene' y marca la voz como vulgar. Esta *dispersión* semántica tiene su presencia en tres definiciones del diccionario de Carbonell Basset (s. v.): «[...] 2. Pene. [...] 5. Glande. 6. Prepucio».

Asimismo, se ha constatado esta dispersión semántica en la consulta realizada en los diferentes corpus académicos del español.

Igualmente sucede con el lema *impotente*, que salvo la primera acepción que de una forma genérica lo define el *DLE* como ‘que no tiene potencia’, la segunda y tercera acepción no son correctas.

Referente a la segunda acep.: ‘varón incapaz de realizar el coito’, no es correcta porque existen varones *potentes*, es decir, con erección, que no pueden realizar el coito por otros motivos o circunstancias, como desviaciones peneanas, fimosis intensas, grandes hernias o hidroceles, sondas uretrales permanentes, problemas psicológicos o aberraciones sexuales, etc.

Y en cuanto a la tercera acep.: ‘incapaz de engendrar o concebir’, se refiere exclusivamente a lo que en derecho canónico se conoce como *impotencia generandi*, pero pueden mantener su *potencia coeundi*, es decir, que mantienen el concepto de potencia como médicamente se entiende, como una aceptable erección.

En *DEA*, s. v. *impotencia e impotente*, b) *En el hombre*: ‘Incapacidad para realizar el acto sexual’. Por ello se remite al mismo comentario al realizado con el segundo significado a la segunda acep. del *DLE*.

Otro lema que aparece controvertido es el de *pelendengues*, que en diccionarios dialectales: *DA*, *VS* y *CHLR* sí está registrado con nuestra acep. de ‘testículos’ y los diccionarios de uso general lo remiten a *perendengues*, con el significado de pendientes, adornos, atavíos, moneda de vellón, etc. y solamente en *DEA*, s. v. *perendengue*, en su acep. 3 *En pl.*: *euf* ‘por cojones’.

Se ha constatado, igualmente, confusión, en particular en diccionarios y glosarios dialectales, con las palabras *infestar-infectar*, identificando el concepto de infestación con el de infección, y ocurre lo mismo en algunos testimonios de los corpus académicos de español. Médicamente hablando, *infestación* es la invasión por organismos animales, unicelulares (protozoos) o pluricelulares (metazoos) de organismos superiores y causa enfermedades, llamadas infestaciones, que perjudican al huésped con acciones de diferente tipo: mecánicas, traumáticas o tóxicas, que les pueden transmitir otras enfermedades infecciosas; e *infección* es la parasitación de un órgano o de la totalidad de un ser vivo, por parte de un microorganismo (virus, bacteria o protozoo) capaz de multiplicarse primeramente en él y, eventualmente, de propagarse a otros seres vivos de la misma especie o de especie diferente.

Como epílogo, creemos que hemos puesto en evidencia la existencia de palabras *específicas*, e incluso *exclusivas*, en el habla popular de La Rioja en el campo de la urología y que resultan necesarias para la fluida comunicación médico-paciente.

El hecho de haber encontrado palabras específicas, exclusivas e incluso no plasmadas en diccionarios, nos confirma la conjetura de que es necesario conocer por parte del personal sanitario y, en concreto, los urólogos, el léxico popular riojano, ya que, como se ha mostrado, la gran mayoría de los urólogos (65 %) que han ejercido en La Rioja, son foráneos (Ver Anexo XIII).

Igualmente se han intentado clarificar los conceptos de ciertas palabras que son utilizadas, incluso en personas con gran formación, con una falta de concreción semántica importante en temas alusivos a órganos genitales masculinos. Por ejemplo, describir al *prepucio* con la palabra *piel* o *pellejo* por no conocer la palabra técnica e igualmente para describir el *pene* utilizan palabras muy poco correctas como *ubre*.

Se concluye que este estudio contribuirá al mejor conocimiento de nuestro dialecto y podrá servir de estímulo para posteriores estudios dentro del campo de la medicina general y de otras especialidades médicas.



# Capítulo



**Anexos**



A destacar que en los siguientes anexos vamos a comprobar la gran diferencia existente entre el lenguaje utilizado en ellos y el lenguaje popular que se ha analizado en el cuerpo de la tesis.

En este apartado, lleno de tecnicismos, apreciamos el salto cualitativo del lenguaje utilizado.

Sería deseable que todos los hablantes riojanos lo comprendieran, pero de igual modo sería una lástima que este lenguaje popular no fuera conocido por todos los que vivimos y trabajamos en La Rioja.

Es obligación de todos el preservarla.

## **ANEXO I: CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA (CMI). CIRUGÍA ROBÓTICA. ROBOT «DA VINCI®».**

Desde principios de los años 80, con el propósito de disminuir la morbimortalidad consecutiva al acto operatorio, se decidió experimentar, en el Instituto de Urología de Londres, la posibilidad de extirpar endoscópicamente pequeños cálculos renales mediante punción percutánea directa, realizándose exitosamente y comprobando que los pacientes podían abandonar el hospital en dos/tres días a diferencia de los doce/catorce días que lo hubieran hecho si el proceso se hubiese realizado con intervenciones clásicas abiertas.

Todo ello llevó a un nuevo concepto operatorio que se denominó «cirugía mínimamente invasiva» (CMI) y a la creación, en ese mismo año (1985), dentro del Instituto de Urología de Londres, el primer departamento de cirugía mínimamente invasiva (Wickham, 1994, pp. 9-14).

Los avances tecnológicos surgidos en estos últimos años, unidos a las ideas directrices de la CMI, han producido un cambio cualitativo en la corriente quirúrgica, cuyo exponente máximo es la cirugía laparoscópica y robótica.

Actualmente, la cirugía laparoscópica (incluyendo la robótica), está desplazando a la cirugía tradicional.

La cirugía robótica se encuentra actualmente en su adolescencia y comienza a definir su papel en la cirugía urológica. Existen procedimientos asentados, como la prostatectomía radical, quedando por definir que otro tipo de intervenciones se van a beneficiar de la tecnología robótica, estando sus resultados en continua evaluación. El avance imparable de la tecnología informatizada garantiza los futuros logros de la tecnología robótica.

Y teniendo en cuenta que el urólogo, gracias a su dominio «endoscópico» y por la similitud en el procedimiento, está siendo pionero en esta actual corriente de cirugía laparoscópica, notándose progresivamente un incremento de este tipo de cirugía, en detrimento de la «cirugía clásica» o «cirugía abierta».

Si nos atenemos a las estadísticas, el número de pacientes intervenidos mediante procedimientos robóticos va incrementándose año tras año.

En el 2018 se realizaron en el mundo 5.600 intervenciones robóticas, lo que supone un crecimiento del 48% con respecto al año 2017.

Solamente en la península ibérica, desde el año 2010, se han operado con el robot «Da Vinci®» más de 21.000 pacientes, siendo realizadas por urólogos el 66% de las mismas: 84% prostatectomías y el resto en patología renal (Moreno, 2019, pp.4- 5).

Concretamente el equipo quirúrgico «Da Vinci®» es actualmente el instrumento quirúrgico más sofisticado existente.

Es un robot esclavo, (*robot* viene de un término checo que significa esclavo) que obedece las indicaciones del cirujano, y a su vez aumenta su precisión y destreza, reduciendo el temblor y proporcionando una visión excepcionalmente clara de la anatomía del paciente (Editorial diario médico, 15/21 abril 2019, p.2).

La cirugía robótica es la evolución natural de la cirugía laparoscópica, con la gran ventaja de que proporciona una visión tridimensional de la que ésta carecía. El cirujano opera sentado cómodamente, manipulando desde una consola, los brazos del robot, situados estos en el interior del paciente y como hemos mencionado, bajo visión tridimensional, sintiéndose como si estuviera dentro de él, gracias a un sistema de visualización estereoscópico de alta definición y que permite ampliar la imagen para una mejor visualización cuando sea necesario.

Esta comodidad evita la fatiga que afecta al cirujano que trabajaba de pie, en complejas y largas intervenciones.

A su vez en la consola, se pueden ver sincrónicamente las pruebas de imagen o la localización de las biopsias positivas realizadas previas a la intervención.

La consola permite igualmente, utilizar un sistema de fluorescencia que ayuda al cirujano a localizar los vasos sanguíneos, permitiendo reducir el sangrado durante las operaciones.

La consola está conectada a un potente ordenador que es el «cerebro del robot», y proyecta a su vez, en una pantalla externa lo que se está viendo y haciendo, lo cual permite a los ayudantes poder interactuar con el cirujano durante la intervención, dibujando o señalando sobre la pantalla y transmitiendo al cirujano sus impresiones sobre la misma.

Una vez que el paciente está anestesiado y se le han realizado los «puertos de acceso» (pequeños orificios de 8 mm en la piel) a través de los cuales se introducen los instrumentos quirúrgicos, al interior del paciente. Estos obedecen a las manos del cirujano y le dotan de una gran libertad de movimiento, mejorando la calidad de este, reduciendo el temblor y aumentando la precisión.

El cirujano experimenta una sensación de inmersión en el procedimiento quirúrgico y llega a identificarse con el robot y a sentir que su capacidad para operar se ha visto aumentada (Gómez, 2021)

Corroborando esta idea, en una entrevista realizada al urólogo francés (cirujano oncológico) Richard Gaston, durante la celebración del 83 Congreso Nacional de Urología, en el que La Asociación Española de Urología le entregó la Medalla Francisco Díaz, máximo galardón de esta institución, concedida como agradecimiento a sus valores, por ser pionero en el uso de la tecnología robótica en cirugías relacionadas con la urología, a su continuada labor colaborativa con la urología española y a su compromiso en la formación de profesionales en campo de la robótica y refiriéndose a dicha tecnología, afirmó:

«No hay futuro sin robot. La cirugía abierta va a morir, excepto en algunos casos muy específicos, en nuestra especialidad. Por ejemplo, un gran tumor de riñón con un enorme trombo de la vena cava que va hasta el corazón».

Añadió que la cirugía robótica es una cirugía menos traumática para el enfermo, y también más sencilla en cuanto a la formación de los cirujanos. «La cirugía robótica ha elevado el nivel de los cirujanos. No hay buenos ni malos cirujanos con el robot».

Finalizó, Richard Gaston (Burdeos), claro ejemplo del cambio de la cirugía, aconsejando que se debe de estar abierto a todos los progresos, incluso matizó: «Mi vida es la cirugía del cáncer, pero si un día veo un tratamiento mejor, es normal que abandonemos la cirugía» (Gaston, 2018).

## ANEXO II: LA ORINOTERAPIA

Ni en el *DLE*, *DUE* ni *DEA* están contempladas las palabras «orinoterapia», «uroterapia», ni «urinoterapia».

El término es similar al de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, etc. es decir terapia mediante algún agente o procedimiento y en nuestro caso, mediante la orina.

Según Joaquín Velázquez Álvarez (2004), en su trabajo sobre urinoterapia, encuentra las primeras descripciones de su utilización aproximadamente cinco mil años a.C., en el Veda Hindú, llamado *Shivambukaloo* donde se le dedican 107 capítulos a la orinoterapia

Dentro del budismo asiático es utilizada desde la antigüedad y en Japón se utiliza la orinoterapia desde hace más de 800 años.

En el libro sagrado de la religión Jaina, el *Babeharu*, se decía que: «En caso de ayuno, tomará su propia orina todo lo que salga».

Los lamas tibetanos, los cuales tienen por costumbre y tradición de tomar su propia orina, vivían hasta 150 años.

En el área del Golfo Pérsico, los odontólogos árabes la habían usado como antibiótico y analgésico para tratar la piorrea y caries. También en los pueblos de Latinoamérica, en las comunidades incas y aztecas, existe esta tradición. En Puerto Rico, al entrevistar a muchos de nuestros ancianos en los centros de cuidado diurno, nos han relatado el uso que se le ha dado a la orina para el dolor de oído, muelas, picaduras de abeja, avispa, alacrán, quemadura de agua viva (medusa), fricciones contra dolor de huesos y músculos entre otras dolencias.

Como podemos observar, la orina como terapia ha existido y existe, muy extendida y respaldada por diversas tradiciones religiosas.

En la década de los 70 se produce un incremento de las investigaciones en varios países como Estados Unidos, Europa y Japón (Velázquez Álvarez, 2004).

Según Govantes Betes los ingredientes contenidos de la orina normal son estos:

1. Inorgánicos: Cloruro sódico, potasio, calcio, sodio, cobre, flúor, yodo, hierro, zinc, magnesio, ácido oxálico, ácido sulfúrico, compuesto nitrogenado, etc.
2. Orgánicos: Urea (20-30 g), ácido úrico, creatinina, albumina, aminoácidos, Kizantina, ácido nitroámico (100 - 200g) y proteínas (50 mg /día), etc.

3. Hidratos de carbono: Keto ácido, Kuen ácido, ácido láctico, ácido pirvina, etc.
4. Vitaminas: A, complejo B, C, (ácido ascórbico) E, Acido pantoténico, Riboflavina, etc.
5. Hormonas: Hormonas hipofisarias, hormonas adenoides, hormonas sexuales, interleukina, endomorfina, interferón, prostaglandina, etc., (Govantes Betes, 1990, pp. 152-163)

La Orinoterapia es una medicina natural, universal y revolucionaria:

1. Segura, sin ningún riesgo y de efectividad rápida.
2. Aplicable para todas las edades, desde recién nacidos, mujeres embarazadas hasta ancianos.
3. Para la cura de enfermedades es casi omnipotente, desde reumatismo y enfermedades crónicas, hasta el cáncer, diabetes y otras enfermedades «incurables».
4. Muy económica e inagotable.
5. Muy buena, con ella se elimina el cansancio y la potencia y sensibilidad sexual se recupera.
6. Excelente como cosmético humano. Con ella se rejuvenecen todos los órganos, quitándose las arrugas, manchas y espinillas de la cara y la piel (Velázquez Álvarez, 2004).

Los procedimientos de aplicación de la orinoterapia son estos:

1. Aplicación local directa para problemas de la piel.
2. Lavados para vagina-útero, intestino, boca, nariz, oídos y ojos.
3. Mediante paños para problemas de piel, tumores, artritis, etc.
4. Champú para la infección y absceso de la cabeza y caída del pelo.
5. Baños para la infección general del cuerpo y la alergia.
6. Masajes para artritis, calambres, varices y dolor muscular.
7. Gárgaras para problema de garganta y amígdalas.
8. Cataplasma de barro para los tumores e inflamación de fiebre reumática (ibíd., 2004).

Una investigación del biólogo extremeño José Ramón Vallejo Villalobos recopiló 204 usos documentados de la orina como medicina en España, desde comienzos del siglo XX hasta sept./ 2017.



La mayoría de los usos que recoge tienen que ver con afecciones de la piel (el 63% de los casos). Azarías, el personaje de *Los santos inocentes* de Miguel Delibes, que Mario Camus llevó al cine encarnado por Paco Rabal, se *meaba* las manos porque se le agrietaban.

Pues bien, este caso concreto no es una simple anécdota de una novela, sino una realidad registrada en varias comunidades como Cataluña, Aragón, Castilla y León y Extremadura, y podría ser el reflejo de una costumbre generalizada en la España rural para tratar diversos tipos de problemas cutáneos, como urticaria, acné, quemaduras y heridas, entre otros, según la amplia lista que recoge la investigación.

No obstante, si todos los remedios que aparecen en este estudio fueran efectivos, la orina lo curaría casi todo: resfriados, malaria, glaucoma, dolor de muelas... Incluso hay un caso documentado en Elosua (Guipúzcoa) en el que para curar el cáncer –sin especificar– se habla de ingerir la orina de un niño.

Ahí entramos en el delicado terreno de las formas de administración.

Es lógico que, como la mayoría de las aplicaciones tienen que ver con la piel, en el 65% de los casos el uso sea externo. Sin embargo, un 17% es por vía oral y hasta un 6% consiste en lavarse los ojos con la orina.

Por otra parte, muchos de los remedios consisten en utilizar la propia orina del paciente, pero en otros casos se recurre a la de otras personas, probablemente por una cuestión de simbolismo. Así, parece ser que para facilitar el parto en la isla de Ons (Pontevedra) la mujer tenía que beber la orina de un hombre virgen, mientras que en la provincia de Salamanca se recurría a la orina del marido con los mismos fines.

Algunas veces estas tradiciones locales adquieren tintes religiosos. En la provincia de Cáceres, ante una mordedura de serpiente se recomendaba tomar tres vasos de la orina de algún niño que haya hecho la comunión ese año o que haya nacido en Viernes Santo o Navidad.

Aparecen casos de todas las comunidades autónomas salvo Madrid y Baleares, pero son especialmente abundantes en Extremadura y el País Vasco. No obstante, la orinoterapia es universal y trasciende épocas, puesto que ya hay testimonios en el mundo grecolatino y sobre todo en la India.

Los autores del estudio rechazan valorar la eficacia de su uso ni cualquier otro aspecto de su trabajo, salvo que, como investigadores en etnomedicina, se han limitado a documentar los recursos terapéuticos «desde una perspectiva antropológica, histórica y etnobiológica».

Para la ciencia, hoy en día está claro: se trata de una pseudoterapia, es decir, no está demostrado que funcione (Vallejo Villalobos, 2008).

El Grupo de Investigación en Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, a través de su proyecto Info Pseudociencia, llega incluso a alertar de que su «grado de peligrosidad es alto». (Alonso Marcos, 2014).

Clasifican la orinoterapia como de *Estatus bajo o pseudociencia marginal*, dentro de las pseudociencias que son minoritarias y desconocidas por el gran público.

No han conseguido filtrarse en el cuerpo social ni han dominado las herramientas para hacerlo, por lo tanto, su nivel de profesionalización es bajo. Se trata de pseudociencias con un alto nivel de descrédito y/o que causan un gran ridículo social, con un consecuente bajo grado de inserción social.

Llegan a la conclusión de que «ninguna pseudociencia es inocua».

No hay pseudociencia inofensiva, simplemente se puede hablar de riesgos menores y riesgos mayores.

Desde finales del siglo XIX se han investigado sus aplicaciones y «no resulta beneficiosa en ningún caso», señalan.

Puede contener bacterias y virus en suspensión y dar lugar a diversos problemas según la forma en la que se aplique: infecciones cutáneas, problemas digestivos cuando es ingerida e incluso «hasta la muerte» del paciente en administraciones «por vía intravenosa».

Muchas de las aplicaciones recogidas en esta recopilación se relacionan con entornos rurales y su uso habría sido más o menos generalizado hasta la década de 1970. Sin embargo, hay otra vertiente que tiene que ver con la moda de las terapias alternativas y la salud natural que tiene cierta presencia y que se relaciona mucho más con las ciudades.

Sea por esta última razón o por la pervivencia de las viejas tradiciones, el trabajo recoge algunos testimonios particulares sobre su **uso actual** y para encontrarlos los investigadores no han tenido que viajar a recónditas aldeas aisladas ni que buscar personas incultas, sino más bien todo lo contrario (íd.).

Sin ir más lejos, en Grañón (La Rioja), los «Amigos de la Ermita de Carrasquedo», publican su *estudio Etnográfico* y en su apartado sobre *medicina popular*, indican que ésta convive con la medicina convencional y que sus remedios son transmitidos oralmente de generación en generación.

El elemento básico de la medicina popular es el uso de las hierbas, que se utilizan tanto en el tratamiento de personas como en el de animales.

Para «cortar la sangre de las heridas» se ponía en ellas cardo machacado y con el mismo fin se utilizaban las telas de araña.

El descenso de la *fiebre*, se intentaba con flor de malva.

En lo referente a urología señalan que para «facilitar el orinar», había que comer mucho perejil.

Para la «próstata» se tomaba agua de corrigüela y grama y para los «ojos legañosos» era bueno lavarlos con agua de manzanilla y también con la «orina» de uno mismo.

Para las «paperas» se preparaba una pomada de rana cocida con manteca.

Además, se aplicaban algunos remedios indirectos como podía ser el empleado contra las «verrugas»: debía ser escondidos unos juncos del río en algún lugar y si la persona afectada pasaba por allí, las verrugas desaparecían (Ayala,1991, pp.58-59).

### ANEXO III: UROLAGNIA, URETRALISMO Y OTRAS PARAFILIAS

Como cualquier tipo de conducta humana, el comportamiento sexual del hombre es variado y diverso.

Es muy difícil fijar lo que es normal o anormal en cuanto a la sexualidad y este concepto ha cambiado histórica y culturalmente.

Hasta hace poco tiempo, las conductas sexuales no aceptadas por la sociedad o «raras», recibían el nombre de perversiones, aberraciones o desviaciones sexuales (Napal Lecumberri, 1996, pp. 217-218).

El término de aberración sexual se refiere a «formas de degeneración psicopatológica, relativas al acto sexual» (Wowes, 1974, p.3).

El término perversión «indica toda la desviación de la norma, es decir la distorsión o la aberración de las modalidades de comportamiento que están de acuerdo con la cultura, las costumbres y la moralidad de un grupo social, en un periodo histórico determinado» y el de perversión sexual, a los «comportamientos sexuales desviados y regresivos, que sustituyen, a veces con exclusividad, a veces solamente con predilección, las normales conductas ligadas con el logro del orgasmo».

Originan con frecuencia, también, importantes modificaciones de la personalidad y del comportamiento social y pueden asociarse con otros comportamientos perversos en otras áreas no sexuales (ibid., p. 2017).

Su clasificación, se hace en base al tipo de deformación originado. En referencia a la elección del «objeto sexual»: paidofilia, gerontofilia, necrofilia, onanismo, homosexualidad e incesto y en cuanto a la deformación del propio «acto sexual»: sadomasoquismo, voyerismo, exhibicionismo, coprofilia y urolagnia.

Muchos de estos comportamientos fueron intentados ser comprendidos con los estudios de Freud sobre la sexualidad infantil (id).

Actualmente se prefiere hablar de «variaciones sexuales» o «parafilias», intentando evitar la carga despectiva de las denominaciones anteriores.

La denominación eufemística de parafilia se define como «actos no comunes, extraños o insólitos, necesarios para la excitación sexual de determinadas personas», evitándose con ella las anteriores connotaciones (Napal Lecumberri, 1996, p. 217).

No es lo mismo una parafilia que la «experimentación sexual esporádica». La esencia de la parafilia es que constituye, prácticamente la única forma de excitación sexual.

Se dan con mayor frecuencia, o son más conocidas, en los hombres que en las mujeres y suelen abundar en las sociedades en las que la sexualidad es reprimida, aunque la permisividad sexual, no ha hecho disminuir el número de alteraciones de la sexualidad (íd.).

Vamos a intentar definir, escuetamente, las parafilias más frecuentes.

El «travestismo» se trata de individuos heterosexuales, que necesitan vestirse con ropa del sexo contrario para excitarse.

El «voyeurismo» consiste en observar (sin ser visto), practicar un acto sexual o desnudarse al observado. Una nueva variante ha aparecido con las nuevas tecnologías (video llamadas telefónicas obscenas, grabaciones, etc.).

En el «fetichismo», la excitación sexual se consigue por un objeto, que habitualmente suele coleccionarse.

El «exhibicionismo» consiste en mostrar los órganos genitales ante desconocidos de forma imprevista.

El «froteurismo» busca la excitación con tocamientos inadvertidos y no consentidos por la otra persona.

El «sadismo» o excitación sexual con la provocación de dolor en el compañero sexual.

El «masoquismo» o experimentación placentera a base de humillaciones. En estas dos últimas prácticas, ambos miembros de la pareja pueden sentirse estimulados sexualmente.

La «paidofilia» o búsqueda del placer con prepúberes. Puede ser heterosexual u homosexual, conocido entonces como «pederastia».

La «zoofilia» o realización del acto sexual con animales, también conocida como «bestialismo».

La «necrofilia», perversión sexual de quien trata de obtener el placer erótico con cadáveres.

La «coprofilia» o excitación con heces o con el acto de la defecación.

La «espermatofagia» relaciona el placer con la acción de comer o de tragar semen. También existe la excitación por el olor de este.

Entre las innumerables parafilias, nos encontrarnos con aquellas que proporcionan placer a ciertas personas, estrechamente relacionadas con lo escatológico, gozando con aquello que expelle el cuerpo, como puede ser la orina, saliva, sudor, excrementos, vómitos...

La parafilia relacionada con la urología es la denominada «Urolagnia» conocida coloquialmente como «lluvia dorada» o «ducha dorada» (Montoya Chinchilla, 2012, p.72).

Havelock Ellis (1859-1939), sexólogo británico considerado el pionero en describir esta parafilia, confesó que padeció disfunción eréctil hasta avanzada edad, hasta el momento en que se sintió excitado por la visión de una mujer orinando (Brink, 1980, pp.59-64).

Si bien pudiera pensarse que la «lluvia dorada» es un aceite especial para disfrutar con su pareja, realmente no es así, ya que se refiere a una experiencia sexual estimulante, realizada haciendo uso de la orina del compañero/a.

Las parejas llevan experimentando, constantemente, diferentes prácticas sexuales, las cuales son en algunos casos bien vistas y en otros rechazadas por la sociedad, probando en la intimidad múltiples fetiches, algunos insólitos, como es el caso de la urolagnia (Kienyke.com, 2017).

La «lluvia dorada» como juego sexual, trata de que el hombre o la mujer orine encima del otro en diferentes zonas del cuerpo, o que alrededor se encuentre este líquido, para sentir una excitación fuera de lo normal.

Otras variaciones que se pueden encontrar dentro de la urolagnia, es que la persona disfrute de una prenda mojada de orina o que vea a su pareja cómo orina o que lo haga en público, e incluso, llegar a excitarse con el olor de este líquido.

Esta práctica es más común cuando se realizan «juegos de rol», donde uno de los dos domina y el otro hace el papel de sumiso llegando incluso a la «urofagia» y conocido como «undinismo».

Lo ideal de esta práctica sexual es que siempre sea un acto consensuado y que ambos se sienten satisfechos.

También debieran conocer las consecuencias que la urolagnia pueda acarrear.

A pesar de que la orina es un fluido por medio del cual el cuerpo humano excreta muchas toxinas, el contacto superficial no acarrea patologías dignas de mención, salvo irritación ocular, aunque si se ingiere podría propagar enfermedades de transmisión sexual, como gonococias, hepatitis, herpes, etc.

Con la ingesta de la orina o «urofagia», también debe de tenerse en cuenta la alta concentración de sales minerales o componentes de medicamentos o drogas cuya vía de eliminación sea la urinaria.

Si se trata de pequeñas cantidades, su ingesta no reviste peligro y el principal riesgo proviene cuando se ingiere en altas cantidades ya que debido a las altas concentraciones de cloruro de sodio (sal) y otros minerales, provoca alteraciones similares a los que implica beber el agua de mar (Velázquez Álvarez, 2004).

El nombre «luvia dorada» proviene de una antigua fábula de la Mitología Griega en la que la joven Dánae, hija de Acrisio, rey de Argos, y Eurídice, fue encerrada por su propio padre en una jaula de bronce, debido a que el oráculo había advertido al monarca que sería asesinado por su nieto.

El Dios Zeus, encaprichado de la joven muchacha, decidió convertirse en «lluvia dorada» para así caer sobre Dánae y dejarla encinta. De dicho embarazo nació Perseo quien, siendo ya adulto, cumplió la profecía y mató (accidentalmente) a su abuelo Acrisio (López, 2018, p.185).

Desde la antigüedad se han hallado diversas fuentes que ponen de manifiesto el uso de esta práctica urofílica, generalmente relacionadas el mito de Zeus y Dánae. Las primeras manifestaciones artísticas que reproducen esta escena datan del siglo V a. C. y las representaciones más antiguas de la lluvia dorada se hallan en las cerámicas atenienses (fotogr.36). Numerosas artistas, como Rubens, Tiziano o Klimt, han plasmado su versión del mito en forma de luz o monedas que caen en cascada sobre Dánae, con un claro sentido erótico.



Fotografía 36: Crátera con Dánae recibiendo la lluvia de oro. Autor: Pintor Triptólemo c. 490 a.C.

Fuente: Museo del Hermitage, San Petersburgo

Esta práctica tiene incluso un lugar propio en el código de colores con el cual se interrelacionan los practicantes habituales de la comunidad sadomasoquista; así, mostrar un pañuelo amarillo como visible en cualquier zona izquierda del cuerpo muestra afinidad activa por la lluvia dorada, mientras que si se emplea en el lado derecho pone de manifiesto una actitud pasiva (Barrilli, 2014).

La introducción de objetos de forma voluntaria a través de la uretra buscando estimulación sexual es conocida dentro de la subcultura del colectivo sadomasoquista como «uretralismo», *stuffing*, «juego uretral» o *sounding*. El uretralismo puede considerarse como la práctica urofilica más peligrosa para la integridad física del paciente parafilico. Es posible que sea una de las menos practicadas, pero paradójicamente la que podemos ver con más frecuencia en la práctica urológica.

Resulta sorprendente la cantidad de objetos descritos en la literatura usados para estos fines erótico-sexuales, que van desde bolígrafos o cables eléctricos hasta tenedores, serpientes decapitadas o vértebras lumbares de ardilla. Para los que tienen el *stuffung* como práctica habitual dentro de sus juegos sexuales existen artilugios diseñados exclusivamente para dichos fines disponibles en tiendas especializadas.

La edad de comienzo de estos trastornos parafilicos suele remontarse a la infancia o a las primeras etapas de la adolescencia, aunque generalmente se establecen durante la etapa de adulto joven. Los trastornos parafilicos aparecen mayoritariamente en pacientes varones y su frecuencia es difícil de establecer, ya que los pacientes suelen consultar por clínica compatible con sentimientos de culpa, depresión, fobia social (trastorno de la conducta hallado con más frecuencia entre delincuentes sexuales parafilicos), intentos autolíticos, disfunciones sexuales, trastornos de personalidad o bien por indicación judicial. Los trastornos asociados a las conductas parafilicas suelen ser depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno del control de los impulsos y trastorno de la personalidad evitativa (Montoya Chinchilla, 2012, p.73).

Durante los años 1990, la revista erótica *Penthouse* accedió a mostrar material más explícito en que se veía a algunas de sus modelos realizando la práctica de la urolagnia; sin embargo, dejaron de publicarlas tras unos años, ya que sus lectores comenzaron a cuestionar el buen gusto de las fotografías. (<https://es.linkfang.org/wiki/Urolagnia>)

Desde que Annie Sprinkle, actriz y sexóloga, comenzó su utilización en películas de índole pornográfico el tema es repetido profusamente.

En el cine erótico o artísticamente trasgresor, escenas de urolagnia son menos frecuentes.



En el filme sueco *Hotel St. Pauli* (1987), la estrella de cine y escritora Amanda Ooms es orinada por su compañero de reparto en una escena. En la película *Lunas de hiel* (*Bitter Moon*, 1992), la protagonista, Emmanuelle Seigner, orina en la cara de su pareja Peter Coyote y él describe la acción como el mayor orgasmo de su vida.

La única actriz de renombre en participar en una escena de «lluvia dorada» delante de la cámara, ha sido Nicole Kidman, quien escandalizó en el Festival de Cannes 2012 con su papel en la película *The Paperboy*, que incluye una escena no simulada en la que orina sobre el rostro del actor Zac Efron. (<https://es.linkfang.org/wiki/Urolagnia>)

Fuera del ámbito sexual, el consumo de orina suele ser una opción en caso de supervivencia si no se cuenta con algún líquido potable, sin embargo, el Manual de Campo del Ejército de Estados Unidos desaconseja beberla al igual que el agua de mar e igualmente utilizada también dentro de la medicina alternativa conocida como «orinoterapia», aunque no cuenta con evidencias científicas suficientes para conocer si es realmente benéfica para la salud.( *cf.* Anexo II)

## ANEXO IV: LA PRÓSTATA

La próstata es un órgano glandular del aparato genitourinario masculino que se localiza anterior al recto, a la salida de la vejiga urinaria. Es una glándula sexual accesoria que rodea a la uretra en la base de la vejiga y forma parte del sistema reproductivo del hombre. Produce una serie de secreciones que representan el principal compuesto (aproximadamente un 30%) del plasma seminal del eyaculado humano.

La próstata, junto con las vesículas seminales, son los órganos sexuales secundarios más importantes en el varón.

La principal «función» del epitelio prostático es la producción del «líquido prostático», constituido mayoritariamente por una glicoproteína (PSA) que es imprescindible para mantener el semen con el grado de viscosidad adecuado. El cometido del líquido prostático es el de servir de medio de transporte y mejora de la supervivencia de los espermatozoides, facilitando con ello la fertilidad (Sanz Ruiz, 2017).

El líquido seminal, contiene además otros componentes, destacando las enzimas que inducen la licuación del eyaculado y la «espermina» o aminos bacteriostáticas. Algunas de sus secreciones, como la fosfatasa ácida, ácido cítrico, calcio y zinc, sirven como marcadores de la función glandular y de las disfunciones eyaculatorias.

En condiciones normales sólo un mínimo porcentaje del PSA total producido (aproximadamente el 0.1%) es absorbido a través de las células basales y pasa a la sangre periférica (Álvarez González, 1989, p. 23).

Una próstata sana mide aproximadamente 3 cm de longitud, y pesa unos 20 gramos. Consta de una porción glandular que representa 2/3 de su volumen y una parte fibromuscular que representa el tercio restante.

La próstata es un órgano «andrógeno-dependiente», lo cual quiere decir que las acciones de esta glándula están mediadas por la interacción entre el receptor androgénico prostático y los andrógenos que viajan por el torrente sanguíneo.

Su crecimiento y desarrollo es dependiente del estímulo androgénico, fundamentalmente de la testosterona producida en los testículos (Sanz Ruiz, 2017).

Embriológicamente, la próstata tiene su origen en el seno urogenital en su trayecto pelviano, por debajo de la desembocadura de los conductos de Wolff. A partir del tercer mes y gracias al estímulo hormonal androgénico, las yemas epiteliales comienzan a separarse de la cara posterior del seno urogenital a un lado y a otro del *verum montanum*

y se unen al mesénquima adyacente para formar la próstata, bien diferenciada e individualizada, visible y distinguible incluso ya a partir del cuarto mes.

La primera descripción de la «anatomía lobar de la próstata» fue publicada por Lowsley en 1912, Posteriormente Huggins y Webster en 1948 describieron la existencia de un lóbulo posterior como el lugar de origen más frecuente del cáncer de próstata. En 1953, basándose en cortes histológicos de próstatas de diversos individuos de diferentes edades (fetales, infantiles y adultas) Gil Vernet propone su modelo de la anatomía de la próstata y apuesta por la no homogeneidad de esta glándula, abogando por la división de la próstata en tres zonas, según el nivel de la desembocadura de los conductos glandulares en la uretra: próstata craneal (subdividida a su vez en dos lóbulos), próstata caudal y próstata intermedia.

Con posterioridad a la descripción de Gil Vernet, McNeal presenta otro modelo de anatomía zonal de la próstata, aceptado internacionalmente en la actualidad como modelo de próstata estándar.

La división del modelo de McNeal se basa en la distinta apariencia citológica e histoquímica de cada una de las zonas glandulares. Así, su modelo anatómico divide a la glándula en cinco zonas: – Zona Periférica. – Zona Transicional. – Zona Central. – Estroma fibromuscular anterior. – Zona de las glándulas periuretrales.

Los modelos de Gil Vernet y de McNeal no son del todo opuestos ni diferentes, y mantienen un cierto paralelismo (íd.).

Las arterias proceden, generalmente, de la arteria de las vesículas inferiores y de las hemorroidales medias, penetrando en la glándula por sus cuerpos posterosuperiores.

Las venas, que son muy numerosas, están anastomosadas, constituyendo ricos plexos periprostáticos (Testut, 1982, p.456).

La inervación de la próstata procede del plexo nervioso hipogástrico (*ibid.*, p.458) y está íntimamente ligada a la inervación de la vejiga y de la uretra a partir de 3 vías nerviosas. (Arvis,1982, p. 41)

- La vía simpática a través de las raíces espinales de D10-L1.
- La vía parasimpática a partir de las raíces nerviosas sacras S2-S4.
- La inervación somática desde S2-S4 a través de los nervios pudendos.

### **Relaciones anatómicas de la próstata.**

Anatómicamente, la próstata tiene forma de «pirámide invertida», con una «base» que se encuentra en contacto con el «cuello vesical» y un vértice, también denominado «ápex», que contacta con el «esfínter uretral estriado».

La «superficie posterior» de la misma es relativamente plana, ligeramente deprimida en su zona media por su marcado carácter bilobulado. Esta superficie limita posteriormente con la «ampolla rectal» a través de una doble capa serosa denominada «fascia de Denonvilliers».

Más «lateralmente», la glándula descansa sobre las proyecciones anteriores del complejo muscular del «elevador del ano».

Esta situación de «protección anatómica» en la pelvis menor del varón, proporcionada por la musculatura del elevador del ano inferolateralmente y las estructuras «óseas púbicas» anterosuperiormente, hacen complejo el abordaje quirúrgico de la glándula.

El «plexo venoso prostático dorsal de Santorini» se sustenta arquitecturalmente sobre la fascia periprostática (Sanz Ruiz, 2017).

Las enfermedades de la próstata, no muy abundantes, esencialmente son estos: el adenoma, el cáncer y la prostatitis.

El adenoma prostático (HBP), es la más frecuente y se trata de un tumor benigno. Suele manifestarse a partir de los cincuenta años.

El cáncer prostático (CP), consiste en la transformación anárquica de la célula prostática, se trata de una tumoración maligna. Su máxima incidencia es a partir de los setenta años.

La prostatitis, consiste en una afección de tipo infecciosa-inflamatoria de la glándula prostática, pudiéndose presentar a cualquier edad. Puede cursar de una forma aguda o crónica (Arvis, 1982, p.70).

## **ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Introducción**

En la asistencia sanitaria el Consentimiento Informado (CI) debe entenderse como un proceso de comunicación e información entre el profesional sanitario y la persona atendida; proceso que culmina con la aceptación o negación por parte del paciente competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer los riesgos, beneficios y alternativas, para poder implicarse libremente en la decisión.

El proceso de «información» y toma de decisiones en el ámbito asistencial tiene su fundamento en los «derechos humanos» y concretamente en el derecho a la «libertad» de una persona para decidir sobre su propia salud.

El origen de este proceso hay que situarlo en la reivindicación de los derechos civiles, relacionados con el desarrollo de la investigación biomédica, la promulgación del Código de Nuremberg y con la crisis del «modelo paternalista» en la relación sanitaria, que tiende a potenciar el derecho de autonomía del paciente. Por otra parte, los avances de la medicina en situaciones complejas como trasplantes, fertilización in vitro, clonación, UCI etc. hace que la toma de decisiones sea más controvertida.

El CI se basa en el reconocimiento fundamental, reflejado en la presunción legal de capacidad, de que las personas tienen derecho a aceptar o rechazar intervenciones sanitarias basándose en sus escalas de valores y en su deseo de realizar sus propias metas.

Aunque la filosofía del CI tiene un fundamento sustancial en las «normas jurídicas», es esencialmente un «imperativo ético». El contenido del CI responderá al proceso que vive el paciente tratando de averiguar qué y hasta donde desea saber.

### **¿Qué es el consentimiento informado?**

Es un proceso gradual, que se realiza en el seno de la relación sanitario/paciente, en virtud del cual, la persona competente recibe del sanitario una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntariamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su proceso.

### **Objetivos**

Aportar información en cantidad y calidad suficiente, para que el paciente competente pueda tomar decisiones respecto a su proceso.

Garantizar el derecho de las personas a su autonomía y a su libertad en la toma de decisiones.

### **Etapas del consentimiento informado**

La información y la toma de decisiones en la relación clínica son momentos diferentes y relacionados de un mismo proceso que incluye:

- La elaboración de la información por parte de los profesionales.
- Su transmisión y discusión.
- La comprensión y valoración por parte del paciente.
- La aceptación o no del procedimiento diagnóstico y/o del tratamiento propuesto.

Cuando estos elementos son recogidos por escrito se denomina «documento de CI», que no debe confundirse a efectos relacionales, éticos ni jurídicos con el proceso «comunicativo de información» y de toma de decisiones.

### **Recomendaciones para la elaboración del proceso del consentimiento informado**

El paciente será siempre el receptor de la información, excepto en los casos de incompetencia o negativa a recibirla, en cuyo caso dicha información irá dirigida a la familia o representante legal.

Debe informar el médico responsable del paciente, aunque diversas partes del proceso informativo puedan ser asumidas por profesionales diferentes, dependiendo de las pruebas diagnósticas, su complejidad y el grado de acuerdo pactado.

Se debe describir, de forma clara y asequible, el proceso clínico, el procedimiento diagnóstico, o la actuación terapéutica, explicando los riesgos, beneficios y alternativas, procurando huir de aspectos alarmistas o simplistas.

El profesional ofrecerá disponibilidad y acercamiento, para que el paciente pueda plantear las dudas surgidas durante el proceso de información.

La información se debe aportar de un modo delicado y progresivo, dejando al paciente que pregunte y resolviendo sus dudas.

Los pacientes que ingresan en un hospital docente tienen derecho a ser informados de que en el proceso de su atención sanitaria puede que participen alumnos de medicina y/o enfermería. Estos deberían identificarse como tales cuando vayan a dispensar sus servicios y recabar el permiso del paciente.

Los médicos internos y residentes participarán en la información, de acuerdo con el nivel de formación marcado en el programa correspondiente, y con el grado de tutela que en él figura

- Una persona puede aceptar un procedimiento y no desear información, en tal caso quedará reflejado en la historia clínica. También puede rechazar el procedimiento y en este caso tendrá que firmar el paciente o un testigo, su negativa en el documento del CI.
- El formulario escrito de CI, representa el soporte documental donde se verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico. (Ver anexos IX y X)
- La obtención del documento de CI no exime al médico de la posible responsabilidad en que pudiera incurrir por mala praxis
- La persona que ha firmado el formulario podrá solicitar copia de este, que estará archivado en la historia del paciente.

Así mismo se tendrá en cuenta que el CI:

- Sea específico para cada procedimiento. Los formularios generales no son aceptables ni ética ni legalmente.
- Sea entregado con tiempo suficiente para que pueda ser leído, discutido y aclarado, antes de solicitar su cumplimentación.
- Sea obtenido por personas directamente relacionadas con la técnica o tratamiento.
- Sea revisado a los dos años de su implantación, o cuando sea necesario por necesidad del proceso al que se refiera.

### **Requisitos**

Los requisitos que debe reunir el CI son los siguientes:

- **Voluntariedad**  
Solo es aceptable, desde el punto de vista ético y legal, el consentimiento que es emitido por una persona que actúa de forma libre y voluntaria. Existen varias formas de limitar la libertad como son la coacción, manipulación o persuasión más allá de un límite razonable.
- **Información en cantidad y calidad suficientes.**

El objetivo del CI es la propia información y no solo la cumplimentación y firma del documento.

**De qué debemos informar:**

Un formulario escrito de consentimiento informado debe respetar, al menos, los siguientes criterios de información:

- Naturaleza de la intervención: en qué consiste, qué se va a hacer.
- Objetivos de la intervención: para qué se hace.
- Beneficios de la intervención: qué mejoría espera obtenerse.
- Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos los derivados de no hacer la intervención.
- Opciones posibles a la intervención propuesta.
- Explicación breve del motivo que lleva al sanitario a elegir una y no otras.
- Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

**Cuánta información hay que dar:**

La información sobre los riesgos en los formularios escritos de CI, debe ser la siguiente:

- Consecuencias seguras de la intervención.
- Riesgos típicos de la intervención: aquellos cuya producción deba normalmente esperarse, según el estado y conocimiento actual de la ciencia, y aquellos que por su gravedad, no por su frecuencia, pudieran aparecer.
- Riesgos personalizados: aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del paciente, así como de las circunstancias personales o profesionales relevantes.
- Contraindicaciones.
- Disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el paciente lo desea.
- A un paciente hay que proporcionarle toda la información que necesite para tomar una decisión.

**Cuándo debe realizarse la información escrita:**

Sería conveniente especificar algunas pautas, que indiquen cuando una intervención es susceptible de tener formulario:

- Aquellos procedimientos que sean invasores del cuerpo.



- Aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que supongan riesgos e inconvenientes, notorios y previsibles, no inherentes a la actuación clínica (per se), que repercutan de manera importante en las actividades de la vida cotidiana.
- Cuanto más dudosa sea la efectividad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico más necesario es desarrollar cuidadosos procesos de información y consentimiento y, por tanto, más necesario el uso del soporte escrito.
- En tratamientos no curativos: esterilización, estética ...

En cualquier caso, el concretar finalmente los procedimientos susceptibles de formulario escrito de CI es una cuestión que debe dejarse a recomendación de las Administraciones, las Sociedades Científicas, las Instituciones, los Comités Asistenciales de Ética, etc. En última instancia es una decisión y una responsabilidad de los propios profesionales.

### **Competencia.**

Es la aptitud del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, las opciones posibles de actuación y las consecuencias previsibles de cada una de ellas, para poder tomar, expresar y defender una decisión que sea consecuente con su propia escala de valores.

Cuando una persona no es competente para tomar una decisión que le afecta se deberá contactar con sus familiares o allegados, para que actúen de tutores.

Existen personas incompetentes que, además son declaradas legalmente incapaces, y en cuyo caso el juez nombra tutores legales, que serán quienes decidan por el paciente.

Si el paciente es un menor de más de 12 años (de conformidad con lo previsto en el artículo 162.1 del código civil) y, a juicio del médico, reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información y otorgar su consentimiento, el formulario de CI será firmado por él, además de por sus padres o representante legal.

### **Validez y autenticidad**

Ambos conceptos son derivados del de competencia. El concepto validez tiene que ver con la intencionalidad de las acciones, a su vez condicionada por el estado anímico de la persona. La autenticidad tiene que ver con la escala de valores y preferencias del individuo.

Un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido conscientemente.

Una decisión tomada por una persona, informada y competente, pero que va en contra de la escala de valores que ha defendido a lo largo de su vida, puede no ser en realidad auténtica y debe ser verificada.

### **Excepciones**

Las excepciones a la necesidad de obtener el CI son las siguientes:

- a) cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas.
- c) cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Además, aunque no se hallan recogidas explícitamente en la LGS, se consideran también excepciones al CI:

- d) imperativo legal.
- e) Información claramente perjudicial para el paciente.
- f) Renuncia del destinatario a la información.

Estas circunstancias deben estar siempre justificadas y recogidas documentalmente en la historia clínica.

### **Contenido del consentimiento informado**

#### **1 INFORMACIÓN**

Información clara y comprensible, que debe abarcar los siguientes puntos:

- Explicación sencilla de la técnica, procedimiento, tratamiento, que se va a realizar y de sus objetivos, forma de realizarse, duración, etc.
- Riesgos típicos frecuentes e infrecuentes pero graves, riesgos personalizados, efectos secundarios posibles o molestias que pueda causarle.
- Beneficios esperados y expresión de que estos superan los riesgos posibles.
- Existencia o no de procedimientos alternativos.
- Los datos ofrecidos en la información es deseable que se basen en la experiencia del servicio. Los datos generales o de revisión son una información de apoyo.
- Constancia de la disponibilidad para ampliar la información cuando lo desee.

- Comunicación de que el paciente puede retirar su decisión en cualquier momento.

## 2 DECLARACIONES Y FIRMAS

Debe constar:

- La identificación correcta de la persona, del centro y servicio sanitario responsable.
- Que el firmante ha leído y comprendido la información, se le han dado las explicaciones que ha solicitado, está satisfecho con ellas y finalmente la expresión de su consentimiento o no y la firma.
- El nombre completo del médico que ha dado la información y al que se le ha entregado el consentimiento informado.
- Apartado de tutores y representantes del paciente incompetente o incapaz.
  - declaración de incapacidad del paciente
  - nombre completo del tutor familia
  - declaración de que ha sido informado correctamente y su consentimiento con firma.
- Apartados para la aceptación del proceso, rechazo y revocación de este y firma.
- Lugar y fecha.

FUENTE; Consentimiento informado de RIOJASALUD.GOBIERNO DE LA RIOJA

GOBIERNO DE LA RIOJA (2021): *Consentimiento informado de RIOJASALUD*. En línea. Disponible en: <<https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/elaboracion-del-consentimiento-informado>>

AGUILAR, Pilar y cols. (2021): *Consentimiento informado de RIOJASALUD*.

GOBIERNO DE LA RIOJA. En línea. Disponible en:

<<https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/elaboracion-del-consentimiento-informado>>

## **ANEXO VI: ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA-FORMACIÓN**

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en ciencias de la salud, previendo su publicación en el Boletín Oficial del Estado para general conocimiento. La Comisión Nacional de la Especialidad de Urología ha elaborado el programa formativo de dicha especialidad que ha sido verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano asesor en materia de formación sanitaria especializada al que, de conformidad con lo previsto en la disposición transitoria sexta de la Ley 44/2003 antes citada, corresponde ejercer las competencias del todavía no constituido Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Asimismo, dicho programa formativo ha sido estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud al que se refiere el Real Decreto 182/2004, de 30 de enero, por el que se creó dicho órgano colegiado del que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Universidades del Ministerio de Educación y Ciencia. En su virtud, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 44/2003, previos informes favorables de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación y Ciencia, dispongo:

Primero.- Aprobar el programa formativo de la Especialidad de Urología, cuyo contenido se publica como anexo a esta Orden.

Segundo.- Dicho programa formativo será de aplicación a los residentes de la Especialidad de Urología que obtengan plaza en formación en Unidades Docentes de dicha especialidad, a partir de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se apruebe la convocatoria nacional de pruebas selectivas 2006 para el acceso en el año 2007 a plazas de formación sanitaria especializada.

Disposición transitoria única.

A los residentes que hubieran iniciado su formación en la Especialidad de Urología por haber obtenido plaza en formación en convocatorias anteriores a la que se cita en el apartado segundo de esta Orden les será de aplicación el programa anterior de dicha especialidad, aprobado por Resolución de 25 de abril de 1996, de la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia.

No obstante lo anterior, la Comisión de Docencia de la unidad docente en la que se haya obtenido plaza podrá adaptar, a propuesta del responsable de la unidad y con la conformidad del residente, los planes individuales de formación previstos en el apartado segundo 2.c) de la Orden de 22 de junio de 1995, al nuevo programa formativo en la medida en que, a juicio de dicha Comisión, sea compatible con la organización general de la unidad y con la situación específica de cada residente.

Disposición final.

Esta Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 9 de octubre de 2006.- La ministra de Sanidad y Consumo. Elena Salgado Méndez.

## ANEXO VII: PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE UROLOGÍA

1. Denominación oficial de la especialidad y requisitos de titulación: Urología.

Duración: Cinco años.

Licenciatura previa: Medicina.

2. Introducción. Origen y desarrollo de la urología

El nacimiento de la Urología, como saber y quehacer individualizados científica y profesionalmente, tiene lugar en la segunda mitad del siglo XIX. Presiden esta individualización tres factores fundamentales: el cistoscopio, la litotricia y la necesidad asistencial de crear unidades monográficas en el amplio campo de la Cirugía General.

El *cistoscopio* queda técnicamente a punto para su divulgación como elemento diagnóstico e incluso operativo justo a finales del siglo XIX. Antonin Jean Desormeux, cirujano de París, presentó a la Academia de Medicina en 1853 un aparato con el que no sólo podía verse el interior de la cavidad vesical, sino practicarse uretrotomías y extirpaciones de papilomas uretrales. Max Nitze, urólogo berlinés, completa el esfuerzo incorporando la lámpara incandescente y una óptica con campo de visión más amplio, que permite el uso seguro de este aparato, y que se hace aún más operativo, cuando antes de finalizar la centuria, en 1897 Joaquín Albarrán le introduce un artificio que permite el cateterismo ureteral.

La *litotricia* había permanecido hasta el siglo XIX en manos de litotomistas, no necesariamente médicos, pero a finales de siglo los profesores de Cirugía de dos hospitales de especial renombre mundial, el Hospital Necker, de París, y el St. Peter Hospital for Stone, de Londres, crean servicios independientes para el tratamiento de esta afección, la litiasis vesical, extraordinariamente frecuente en la época, más aún desde que la incorporación de la radiología (1897) que permite el reconocimiento de los cálculos sin maniobras invasivas. El nombre de la Urología aparece por primera vez referido a un quehacer médico-quirúrgico individualizado, en 1896, cuando se funda la Asociación Francesa, que ya se denomina de Urología. La Asociación Española se fundó en 1911. Desde 1896, y oficialmente desde 1902, la asignatura de «Enfermedades de las vías urinarias» ha sido enseñada de manera independiente en la universidad española. El desarrollo de la Urología durante el siglo XX ha sido extraordinario. Del cistoscopio explorador se ha pasado inmediatamente al endoscopio como elemento de trabajo quirúrgico, especialmente en la patología de los tumores vesicales y de próstata.

Posteriormente, las técnicas endoscópicas se han aplicado a nivel renal y ureteral, y el equipamiento urológico ha servido para el desarrollo de la *cirugía laparoscópica*, que hoy día se practica también en otras patologías urológicas. El advenimiento de la *urografía intravenosa* facilitó el reconocimiento de numerosas patologías renales y vesicales hasta entonces sólo sospechadas. La carga asistencial urológica creció de manera desmesurada y progresa en la actualidad con las nuevas aplicaciones de técnicas de imagen más modernas, y en especial de la ecografía. La alta incidencia de la patología prostática constituye otro motivo por el que la demanda asistencial urológica ha alcanzado límites inesperados por las administraciones sanitarias. A finales de siglo, la Urología, como especialidad médico-quirúrgica, se reafirma en el panorama asistencial como *una de las especialidades de mayor contenido*. Su compromiso asistencial se entiende en la actualidad española desde el trasplante renal hasta la patología genital de la infancia, pasando por todos aquellos compromisos específicos que se mencionan de manera particularizada en este programa.

### 3. Definición de la especialidad y campo de acción

#### 3.1 Definición de la especialidad.

*La Urología es una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo en ambos sexos y del aparato genital masculino sin límite de edad, motivadas por padecimientos congénitos, traumáticos, sépticos, metabólicos, obstructivos y oncológicos.*

Como tal especialidad, la Urología tiene su propedéutica, semiología, nosología y procedimientos específicos diagnósticos y terapéuticos, quirúrgicos, endoscópicos y por medios físicos. Una visión integral de la Urología incluye las siguientes áreas: Andrología, Urolitiasis, Endourología, Oncología, Urología funcional femenina y Urodinámica, Uropediatria, Trasplante Renal y Urología General que estudia el resto de las entidades nosológicas. Para atender a estas variadas patologías, la Urología tiene procedimientos diagnósticos que le son comunes a otras muchas especialidades y otros que le son específicos, y cuya realización conlleva compromisos de aprendizaje y dedicación no inferiores a los relacionados con los procedimientos terapéuticos.

#### a) Procedimientos diagnósticos específicos: Calibración uretral y sondaje vesical.

Endoscopia uretral, vesical, ureteral y piélica. Punción de cavidades y biopsias de órganos. Radiología uretral, vesical, ureteral y renal establecida sobre cateterismos

vesical o uretral. Urodinámica del tracto urinario inferior y superior. Sonográficos, con especial mención de la ecografía transrectal prostática.

b) Procedimientos terapéuticos médicos:

Farmacología oral, sistémica, endocavitaria y parenquimatosa de: Disfunciones miccionales neurógenas y prostatismo.

Infección urinaria y genital masculina.

Tumores génito-uritarios de todas las localizaciones.

Litiasis. Cólico nefrítico y dolor urológico en general.

### 3.2 Campo de actuación.

Prevención, diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico de los procesos patológicos que afectan a los siguientes órganos: Glándulas suprarrenales, riñón, retroperitoneo, uréter, vejiga, vesículas seminales, próstata, uretra, genitales masculinos (pene, testículos, epidídimos, deferente y patología de vecindad).

### 3.3 Perfil profesional.

La finalidad de este programa es conseguir que al concluir el período formativo el residente reúna todas las notas que definen el perfil profesional de un buen especialista en Urología a cuyos efectos:

«Ser Urólogo significa conocer con precisión la fisiología, fisiopatología, expresión clínica, métodos de reconocimiento diagnóstico, nosología, procedimientos terapéuticos, médicos y quirúrgicos, de todas las áreas patológicas y órganos que se han descrito anteriormente al analizar el ámbito de actuación de la especialidad.»

## 4. Objetivos formativos específicos

El objetivo de este programa es que el residente adquiriera una formación específica que facilite el aprendizaje integrado de la Urología en sus facetas teórica, práctica y científica. 4.1 formación teórica:

Se adecuará a los contenidos formativos que de forma resumida se indican en el anexo a este programa.

### 4.2 Formación práctica por objetivos:

4.2.1 Examen del enfermo urológico. 4.2.1.1 Examen físico, inspección, palpación, percusión, transiluminación en Urología. Tacto prostático. Examen de los genitales.



4.2.1.2 Examen de la orina. Investigaciones macroscópicas. Bioquímica urinaria. Investigación del sedimento urinario. 4.2.1.3 Examen de la uretra. Cateterismo y calibración uretral.

4.2.2 Procedimientos endoscópicos urológicos diagnósticos

4.2.2.1 Uretrocistoscopia.

4.2.2.2 Cateterismo ureteral. 4.2.2.3 Ureterorrenoscopia transvesical y percutánea.

4.2.3 Procedimientos biópsicos en urología.

4.2.3.1 Biopsias externas.

4.2.3.2 Biopsia prostática. 4.2.3.3 Biopsia testicular. 4.2.3.4 Biopsia renal. 4.2.3.5 Biopsia vesical.

4.2.4 Procedimientos radiográficos urológicos.

4.2.4.1 Urografía intravenosa.

4.2.4.2 Cistouretrografía. 4.2.4.3 Pielografía anterógrada y retrógrada. 4.2.4.4 Uretrografía retrógrada. 4.2.4.5 Seminografía y vasografía. 4.2.4.6 Cavernosografía y genitografías.

4.2.5 Procedimientos ecográficos urológicos.

4.2.5.1 Ecografía abdominal.

4.2.5.2 Ecografía endocavitaria (transuretral y transrectal).

4.2.6 Cirugía urológica.

4.2.6.1 Cuidados pre, peri y postoperatorios.

4.2.6.2 Principios de la anestesia urológica. 4.2.6.3 Fundamentos de los instrumentos para la cirugía urológica y su aplicación técnica. 4.2.6.4 Principios de los procedimientos urológicos quirúrgicos. 4.2.6.5 Indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, seguimiento y evaluación de los procedimientos quirúrgicos. 4.2.6.6 Retroperitoneo:

Cirugía de la fibrosis retroperitoneal.

Cirugía de los tumores retroperitoneales. Linfadenectomía retroperitoneal, respetando los nervios. Suprarrenales. Cirugía de los tumores suprarrenales. Pedículo renal. Vasos renales y trasplante renal. Cirugía de los vasos renales.

4.2.7. Riñón.

4.2.7.1 Principios de los procedimientos quirúrgicos renales.

4.2.7.2 Nefrectomía simple. 4.2.7.3 Nefrectomía parcial. 4.2.7.4 Nefrectomía radical. 4.2.7.5 Nefroureterectomía 4.2.7.6 Operaciones sobre los quistes renales. 4.2.7.7 Nefrostomía abierta. 4.2.7.8 Cirugía de la litiasis renal. 4.2.7.9 Cirugía de la unión

ureteropiélica (pieloplastias y colicoplastias). 4.2.7.10 Cirugía de los traumatismos renales. 4.2.7.11 Procedimientos percutáneos y endoscópicos renales (drenajes, tratamiento de los quistes, tratamiento de la litiasis, tratamiento de la obstrucción de la unión ureteropiélica y tratamiento de tumores).

#### 4.2.8 Uréter.

##### 4.2.8.1 Implantación del uréter en la vejiga.

4.2.8.2 Implantación del uréter en vejiga en circunstancias especiales (pexia, psoas y colgajo vesical). 4.2.8.3 Manejo quirúrgico del megauréter, reflujo y ureterocele. 4.2.8.4 Cirugía de las estenosis intrínsecas y extrínsecas ureterales. 4.2.8.5 Cirugía de la litiasis ureteral. 4.2.8.6 Cirugía del trauma ureteral. 4.2.8.7 Ureterostomía y ureterostomía cutánea. 4.2.8.8 Transuretero-ureterostomía. 4.2.8.9 Ureteroplastias y sustitución ureteral. 4.2.8.10 Ureterectomía. 4.2.8.11 Derivación ureterointestinal (ureterosigmoidostomía, derivación urétero-cutánea, derivación urinaria continente y desderivación). 4.2.8.12 Procedimientos endoscópicos y percutáneos sobre el uréter (drenaje, tratamiento de la litiasis ureteral y estenosis).

#### 4.2.9 Vejiga.

##### 4.2.9.1 Cistostomía, cistotomía y vesicostomía cutánea.

4.2.9.2 Cirugía de la ruptura vesical. 4.2.9.3 Cistectomía parcial. 4.2.9.4 Cistectomía parcial y radical. 4.2.9.5 Cirugía de los divertículos vesicales. 4.2.9.6 Cirugía de las fistulas vesicales. 4.2.9.7 Cistoplastia de reducción. 4.2.9.8 Disección de los ganglios pélvicos. 4.2.9.9 Uso de segmentos intestinales. 4.2.9.10 Cirugía de la extrofia vesical. 4.2.9.11 Procedimientos endoscópicos y percutáneos sobre la vejiga (drenaje, tratamiento de los tumores vesicales, tratamiento de la litiasis vesical y de los divertículos vesicales). Cirugía vesical endoscópica.

#### 4.2.10 Uretra y cuello vesical.

##### 4.2.10.1 Uretrotomía y uretrorrafia.

4.2.10.2 Tratamiento quirúrgico de los divertículos uretrales. 4.2.10.3 Tratamiento quirúrgico de las fistulas uretrovaginales. 4.2.10.4 Tratamiento del cistocele. 4.2.10.5 Cervicoureteroplastias. 4.2.10.6 Reconstrucción uretral. 4.2.10.7 Tratamiento de la incontinencia femenina mediante técnicas de suspensión. 4.2.10.8 Prótesis artificiales esfinterianas. 4.2.10.9 Ureterectomía. 4.2.10.10 Procedimientos endoscópicos de la obstrucción.

#### 4.2.11 Cuello vesical masculino y próstata.

##### 4.2.11.1 Cirugía abierta del cuello vesical incluyendo las plastias Y-V.

4.2.11.2 Tratamiento de las fistulas. 4.2.11.3 Adenomectomía suprapúbica y retropúbica. 4.2.11.4 Prostatectomía radical más linfadenectomía. 4.2.11.5 Prostatectomía perineal y adenomectomía perineal. 4.2.11.6 Cirugía de la incontinencia masculina, incluyendo prótesis artificiales. 4.2.11.7 Procedimientos endoscópicos, cirugía endoscópica del adenoma de próstata, de la fibrosis del cuello vesical, del carcinoma prostático y de la incontinencia.

4.2.12. Uretra masculina.

4.2.12.1 Cirugía de la estenosis meatal.

4.2.12.2 Uretrotomía y uretrotomía. 4.2.12.3 Cirugía de las fistulas uretrales. 4.2.12.4 Cirugía del traumatismo uretral. 4.2.12.5 Cirugías de las estenosis uretrales. 4.2.12.6 Uretroplastias y sustituciones uretrales. 4.2.12.7 Diverticulectomía uretral. 4.2.12.8 Cirugía del hipospadias y del epispadias.

4.2.13 Incontinencia masculina y femenina.

4.2.13.1 Procedimientos para la incontinencia masculina.

4.2.13.2 Procedimientos para la incontinencia femenina.

4.2.14 Cirugía transuretral.

4.2.14.1 Cirugía transuretral de la próstata.

4.2.14.2 Cirugía transuretral vesical. 4.2.14.3 Cirugía transuretral de la uretra (uretrotomías). 4.2.14.4 Litotricia vesical. 4.2.14.5 Manejo endoscópico de los cálculos uretrales y ureterales. 4.2.14.6 Quimioterapia endovesical. 4.2.14.7 Ureteropieloscopia y ureteropielotomía transuretral.

4.2.15 Testículos.

4.2.15.1 Orquiectomía radical.

4.2.15.2 Orquiectomía subcapsular. 4.2.15.3 Orquidopexia. 4.2.15.4 Cirugía del testículo intraabdominal. 4.2.15.5 Cirugía del hidrocele. 4.2.15.6 Cirugía del trauma testicular. 4.2.15.7 Prótesis testiculares. 4.2.15.8 Cirugía del varicocele.

4.2.16 Epidídimo y deferente.

4.2.16.1 Epididimectomía.

4.2.16.2 Cirugía de los quistes epididimarios. 4.2.16.3 Vasoepididimostomía. 4.2.16.4 Vasectomía. 4.2.16.5 Vaso-vasostomía

4.2.17 Pene.

4.2.17.1 Circuncisión.

4.2.17.2 Cirugía del trauma peneano. 4.2.17.3 Cirugía del priapismo. 4.2.17.4 Cirugía de la curvatura del pene. 4.2.17.5 Cirugía de la enfermedad de la Peyronie.

4.2.17.6 Carcinoma del pene (tratamiento de los tumores primarios de las afectaciones regionales y de las recurrencias tumorales). 4.2.17.7 Tratamiento de la balanitis xerótica obliterante. 4.2.17.8 Tratamiento de los condilomas acuminados. 4.2.17.9 Prótesis peneanas. 4.2.17.10 Reconstitución peneana. 4.2.17.11 Intersexo y cirugía transexual.

4.2.18 Linfadenectomías.

4.2.18.1 Bilateral y retroperitoneal.

4.2.18.2 En los tumores peneanos y testiculares.

4.2.19 Tratamiento de las complicaciones quirúrgicas.

4.2.20 Técnicas especiales en Urología. Principios, fundamentos técnicos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de los siguientes procedimientos:

4.2.20.1 Cateterismo y dilataciones.

4.2.20.2 Fulguración y electrocoagulación. 4.2.20.3 Láser, indicaciones específicas en Urología. 4.2.20.4 Hipertermia. 4.2.20.5 Criocirugía urológica. 4.2.20.6 E.S.W.L. 4.2.20.7 Microcirugía. 4.2.20.8 Técnicas endo-urológicas. 4.2.20.9 Laparoscopia.

4.3 Actitudes.

4.3.1 Genéricas: Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente.

Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo. Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás. Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

4.3.2 Profesionales y científicas:

Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico.

Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la cirugía pediátrica en particular. Colaboración con los poderes públicos, sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales. Asumir la práctica clínica basada en la evidencia científica. Conciencia de la importancia de una formación

científica y clínica lo más sólida posible. Participación personal en el desarrollo de las funciones asistencial, docente y científica de la especialidad

#### 4.4 Formación científica:

El residente en Urología deberá adquirir progresivamente la experiencia necesaria en el diseño de protocolos de investigación urológica, con participación activa en la confección de trabajos de investigación y la asistencia a cursos y congresos científicos.

Durante el período de formación sería aconsejable que el médico residente iniciara el tercer ciclo académico de doctorado en Urología.

### 5. Desarrollo del programa de formación en urología

#### 5.1 Características generales:

El período formativo de cinco años consta de una primera fase de formación quirúrgica general durante el primer año de residencia y de una segunda fase de cuatro años de formación específicamente urológica.

La formación de los residentes en Urología se basa en la adquisición progresiva de responsabilidades bajo la supervisión del tutor y de los especialistas de la unidad en la que se esté formando. A estos efectos, se han diferenciado los tres niveles de responsabilidad que se especifican en el apartado 5.3. Durante el período de impartición del programa, el residente tiene que adquirir una formación asistencial, académica, científica e intelectual de calidad que integre los conocimientos teóricos y prácticos de este programa a fin de facilitar un contenido crítico a la práctica de la especialidad. A estos efectos, el residente además de actividades asistenciales debe intervenir activamente en las actividades científicas y de investigación en la unidad en que se esté formando, en los términos que se citan en el apartado 5.5.

#### 5.2 Cuantificación de actividades:

La labor asistencial del residente durante su formación específica, además de ser de calidad, debe ser cuantificada. Entre otros, se consideran instrumentos adecuados de medida:

a) Informes realizados de alta de pacientes ingresados.

b) Informes realizados de pacientes atendidos en policlínica.

c) Actividad quirúrgica realizada: durante el período formativo el residente debe llevar a cabo un mínimo de 100 intervenciones significativas, tales como: suprarrenalectomías, nefrectomías, nefroureterectomías, adenomectomías, prostatectomías radicales, cistectomías radicales con derivaciones urinarias intestinales, uretroplastias, cirugías endoscópicas y microcirugía en cualquiera de sus aplicaciones

metodológicas. Debiendo existir un equilibrio entre el número y variedad de la patología intervenida que justifique una adecuada formación quirúrgica. En el libro del residente, con la firma del tutor responsable, se hará constar el número de intervenciones que se practican cada año en sus variantes de ayudante o responsable, así como otras actividades docentes, científicas y asistenciales que acrediten, al finalizar su formación, el cumplimiento adecuado de este objetivo.

### 5.3 Niveles de responsabilidad.

A fin de graduar la responsabilidad progresiva del residente, se han agrupado las actividades a realizar en tres niveles de responsabilidad:

Nivel I: Historia clínica. Conocimientos en semiología urológica. Recepción de enfermos nuevos.

Procedimientos diagnósticos: Responsable en procedimientos elementales (examen físico del enfermo urológico, inspección, palpación, percusión, tacto rectal, examen de genitales y reconocimientos de las patologías más comunes). Iniciarse en el examen endoscópico uretro-vesical. Colaborador en procedimientos diagnósticos más elaborados como biopsias directas o ecodirigidas, cateterismo uretral, procedimientos radiográficos, supravesicales e infravesicales (pielografías retrógradas, uretrografía...).  
Procedimientos quirúrgicos: Conocimientos, circunstancias preoperatorias y asistencia postoperatoria. Realización de pequeñas intervenciones quirúrgicas (circuncisión, meatotomías uretrales, biopsias y cirugía menor genital, punciones y drenajes). Ayudantías en medianas y grandes intervenciones urológicas. Cirugía experimental, con iniciación en laparoscopia.

Nivel II: Procedimientos diagnósticos: Experto en todos los procedimientos diagnósticos generales.

Procedimientos quirúrgicos: Experiencia en procedimientos del nivel I. Realización de operaciones de mediana complejidad (nefrostomías abiertas y percutáneas, acceso quirúrgico al área renal, vesical y prostática, cistostomías, cirugía genital de hidrocele, varicoceles, orquiectomías. Exámenes endoscópicos con intervenciones sobre pequeñas lesiones vesicales. Ayudantía de operaciones mayores e iniciación en procedimientos monográficos de nivel III.

Nivel III: Procedimientos diagnósticos: Experto en todos los procedimientos generales y finalización en el de procedimientos monográficos (impotencia, urodinamia, endourológicos, uro-oncología y litiasis).

Procedimientos quirúrgicos: responsable en un número determinado de grandes operaciones (suprarrenalectomías, nefrectomías radicales o parciales, nefroureterectomías, pielolitomías, pielectomías segmentarias, pieloplastias, ureterocaliorrafias, ureterolitomías, ureterolisis, ureteroneocistostomías extra y transvesicales, con vejiga psóica o colgajo vesical (Boari), exéresis de tumores retroperitoneales, linfadenectomías retroperitoneales, adenomectomías, prostatectomías radicales, resección transuretral de próstata, fístulas vesicovaginales, diverticulectomías vesicales, cistectomías parciales y radicales con reconstrucción urinaria con intestino (conducto intestinal o sustitución vesical ortotópica), resección transuretral de tumores vesicales, cirugía de la incontinencia urinaria, uretroplastias, procedimientos endourológicos (ureterorenoscopia, nefrolitotomía percutánea), trasplante renal. Inicio en microcirugía y laparoscopia humana.

#### 5.4 Actividades asistenciales/rotaciones.

5.4.1 Primer año de residencia. -Durante este primer año, el residente deberá adquirir un conocimiento básico sobre la realidad asistencial del hospital en el que se está formando y de su especialidad, pero, sobre todo, debe adquirir una formación quirúrgica general mediante la realización de rotaciones por las especialidades más vinculadas con la urología, en los siguientes términos: Rotaciones obligatorias durante un período mínimo de diez meses:

Cirugía general y del aparato digestivo (tres meses). Cirugía vascular (un mes y medio). U.C.I (un mes y medio). Nefrología (un mes). Radiodiagnóstico (un mes y medio). Ginecología (un mes y medio).

Rotaciones complementarias, entre otras:

Anatomía patológica.

Cirugía experimental.

Durante este período los residentes se integrarán en las actividades que se lleven a cabo en el correspondiente Servicio de Rotación, bajo la supervisión de sus especialistas, sin perjuicio de la tutorización del proceso formativo por el correspondiente tutor de urología.

Guardias: Durante este primer año, el residente realizará guardias en las unidades de urgencias médico-quirúrgicas. Se considera recomendable la realización de entre cuatro y seis guardias mensuales.

5.4.2 Segundo a quinto año de residencia.- La distribución de actividades durante este período se desarrollará, preferentemente, de la siguiente forma:

Año	Consulta Externa	Planta	Quirófano	Responsabilidad (ver apartado 5.3)
R-2	xxx			Nivel I.
R-3	xxx	xxx		Niveles I y II.
R-4		xxx	xxx	Niveles II y III.
R-5		xxx	xxx	Nivel III.

Rotaciones: En los cuatro años que dura la formación específica se recomienda que las rotaciones complementarias se adecuen, en la medida de lo posible, a la oferta asistencial del hospital concreto en el que trabaja el residente, incluyendo dedicaciones especiales a cirugía ginecológica, cirugía vascular, cirugía abdominal convencional y laparoscópica, microcirugía y cirugía experimental. Teniendo en cuenta que la acreditación docente de un Servicio de Urología está basada en módulos, si el servicio careciese de alguno de ellos que fueran considerado imprescindible para la formación del residente, la unidad docente deberá facilitar la realización de rotaciones (no inferiores a tres meses) en otros hospitales que reúnan las condiciones necesarias para suplir las carencias de formación detectadas. Guardias: En los cuatro últimos años de la especialidad las guardias serán específicamente urológicas. Se considera recomendable la realización de entre cuatro y seis guardias mensuales.

5.4.3 Formación para la protección radiológica. -Los residentes deberán adquirir de conformidad con lo establecido en la legislación vigente, conocimientos básicos en protección radiológica ajustados a lo previsto en la Guía Europea «Protección Radiológica 116», en las siguientes materias:

a) Estructura atómica, producción e interacción de la radiación. b) Estructura nuclear y radiactividad. c) Magnitudes y unidades radiológicas d) Características físicas de los equipos de Rayos X o fuentes radiactivas. e) Fundamentos de la detección de la radiación f) Fundamentos de la radiobiología. Efectos biológicos de la radiación g) Protección radiológica. Principios generales. h) Control de calidad y garantía de calidad.



i) Legislación nacional y normativa europea aplicable al uso de las radiaciones ionizantes. j) Protección radiológica operacional. k) Aspectos de protección radiológica específicos de los pacientes. l) Aspectos de protección radiológica específicos de los trabajadores expuestos.

La enseñanza de los epígrafes anteriores se enfocará teniendo en cuenta los riesgos reales de la exposición a las radiaciones ionizantes y sus efectos biológicos y clínicos.

Duración de la rotación: Los contenidos formativos de las anteriores letras a), b), c), d), e), f), g), h), i) se impartirán durante el primer año de especialización. Su duración será entre seis y diez horas fraccionables en módulos, que se impartirán según el plan formativo que se determine. Los contenidos formativos de las letras j), k) y l) se impartirán progresivamente en cada uno de los sucesivos años de formación y su duración será entre dos y cuatro horas, destacando los aspectos prácticos. Lugar de realización: Los contenidos formativos de las letras a), b), c), d), e), f) g), h), i) se impartirán por los integrantes de un Servicio de Radiofísica Hospitalaria/Protección Radiológica/Física Médica. Los contenidos formativos de las letras j), k) y l) se impartirán en una Institución Sanitaria con Servicio de Radiofísica Hospitalaria/Protección Radiológica/Física Médica, en coordinación con las unidades asistenciales de dicha institución específicamente relacionadas con las radiaciones ionizantes. Organización de la formación: Cuando así lo aconseje el número de residentes, especialidades y Servicios de Radiofísica/Protección Radiológica/Física Médica implicados, los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada de las diversas Comunidades Autónomas podrán adoptar, en conexión con las Comisiones de Docencia afectadas, las medidas necesarias para coordinar su realización con vistas al aprovechamiento racional de los recursos formativos.

#### 5.5 formación científica e investigadora.

Métodos: Presentaciones clínicas del servicio. Sesiones hospitalarias.

Publicaciones. Presentaciones en reuniones de trabajo, regionales. Presentaciones de trabajos científicos en congresos nacionales o internacionales.

Actividades y calendario:

Sesiones clínicas del servicio (1 por semana) (1).

Sesiones bibliográficas (1 por mes). Sesiones interhospitalarias. Sesiones intrahospitalarias conjuntas con otros servicios, como: Nefrología, Radiología, Anatomía Patológica, etc.

- (1) Deben distinguirse las sesiones clínicas del servicio de las que establece el programa operatorio. Las sesiones clínicas tienen un rango académico concreto y en ellas el residente debe presentar de forma ordenada y metódica el caso clínico que le sea asignado, estableciendo un juicio diagnóstico, alternativas diagnósticas, posibilidades terapéuticas y técnica quirúrgica más conveniente desde la perspectiva de la defensa de sus criterios frente a la posible crítica constructiva de la audiencia.

## **ANEXO VIII: FORMACIÓN TEÓRICA DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA**

1. Historia de la Urología.

2. Embriología y morfogénesis de la suprarrenal, riñón, sistema excretor y sistema genital.

3. Anatomía y abordaje quirúrgico del sistema urogenital.

3.1 Retroperitoneo. 3.2 Suprarrenales. 3.3 Vasos. renales. 3.4 Riñón y uréter. 3.5 Vejiga y uretra. 3.6 Próstata y vesículas seminales. 3.7 Pene. 3.8 Periné. 3.9 Escroto, testículos, epidídimo y cordón espermático.

4. Fisiología de la suprarrenal, riñón, aparato excretor y sistema reproductivo masculino.

4.1 De la suprarrenal.

4.2 Renal. 4.3 De la pelvis renal y el uréter. 4.4 De la vejiga y uretra (micción y continencia). 4.5 Del sistema reproductor masculino:

Función del eje hipotálamo-hipófisis-gónada.

Espermiogénesis y función endocrina del testículo. Fisiología del epidídimo y del deferente. Fisiología y bioquímica de la próstata y vesículas seminales. Erección y eyaculación.

5 Examen clínico y procedimientos diagnósticos en urología.

5.1 Historia clínica.

5.2 Examen físico: inspección, palpación, percusión, transiluminación en urología.

5.3 Análisis de orina: Sedimento, bioquímica y citología. 5.4 Análisis del semen. 5.5 Procedimientos biopsicos en Urología:

Biopsia de próstata.

Biopsia de testículo.

Biopsia renal.

5.6 Procedimientos endoscópicos e instrumentales en urología:

Cateterismo y calibración uretral.

Uretrocistoscopia. Ureteroscopia. Pieloscopia. Laparoscopia urológica.

Ureterorenoscopia.

5.7 Procedimientos urodinámicos en urología:

Investigación urodinámica del tracto urinario superior (TUS).

Estudios urodinámicos del tracto urinario inferior (TUI).

5.8 Investigación por imágenes del aparato urinario:

Urografía intravenosa. Ultrasonografía renal, retroperitoneal, vesical, prostática, hipogástrica y endocavitaria. Cistouretrografía miccional. Pielografía retrógrada y anterógrada. Uretrografía retrógrada. Vesiculografía seminal y epididimografía. TAC. RNM. Procedimientos angiográficos. Procedimientos isotópicos (DTPA, DMSA, test con diuréticos, etc.).

## 6. Fisiopatología del aparato genitourinario.

6.1 Etiología, patogénesis, patología, fisiopatología y tratamiento del fracaso renal agudo y crónico.

6.2 Etiología, patogénesis, patología, fisiopatología y tratamiento de: hematuria, proteinuria, poliuria, oliguria, anuria, trombosis de la vena renal, necrosis papilar, diabetes insípida y ciertos tipos de glomerulonefritis y tubulopatías productoras de secundarismos urológicos. 6.3 Fisiopatología de la uropatía obstructiva:

Efectos sobre la función renal de la obstrucción completa unilateral o bilateral.

Efectos de la obstrucción parcial uni o bilateral. Cambios metabólicos motivados por la hidronefrosis. Hipertrofia renal compensadora. Efecto topográfico de la obstrucción supra e infra vesical.

6.4 Reflujo vesicoureteral y nefropatía por reflujo.

6.5 Fisiopatología del uréter. Respuestas del uréter a la obstrucción. El uréter malformado. 6.6 Fisiopatología de la micción e incontinencia.

Etiología, clasificación, patofisiología, diagnóstico y tratamiento de la retención urinaria.

Etiología, clasificación, patofisiología, procedimiento diagnóstico y tratamiento de la incontinencia y la enuresis. Disfunción miccional neurogénica.

## 7. Investigaciones urodinámicas.

7.1 Mecanismo de la micción y de la continencia.

7.2 Farmacología del TUI. 7.3 Investigaciones urodinámicas por objetivos: disfunción miccional neurogénica, disfunción miccional no neurogénica, incontinencias femeninas, sustituciones vesicales y prótesis esfinterianas. 7.4 Estudios urodinámicos del TUS.

## 8 Anomalías congénitas y morfogénicas del sistema genitourinario.

8.1 Anormalidades cromosómicas y genéticas.

8.2 Anomalías del riñón, vasos renales, sistema colector, unión pieloureteral, uréter y unión uréter-vesical:

Anomalías renales de número, volumen, estructura, forma, fusión, rotación y ascenso.

Enfermedades quísticas renales. Displasia renal. Anomalías de los vasos renales. Anomalías de los cálices, infundíbulos y pelvis. Obstrucción de la unión ureteropélvica. Anomalías ureterales: Número, estructura y posición. Reflujo vésico-ureteral: etiología, clasificación, patología, patofisiología, procedimiento diagnóstico, tratamiento quirúrgico y conservador. Nefropatía por reflujo. Megauréter: clasificación, procedimientos diagnósticos y modalidades terapéuticas. Ureterocele. Uréter ectópico.

### 8.3 Anomalías vesicales:

Extrofia vesical, extrofia cloacal, epispadias.

Anomalías uracales. Ano imperforado, cloaca persistente, seno urogenital. Duplicación vesical y divertículos congénitos.

### 8.4 Anomalías de la uretra y del pene:

Obstrucción del cuello vesical.

Válvulas uretrales posteriores. Megauretra. Estenosis de la uretra distal en las niñas. Estenosis uretrales y meatales en el varón. Duplicación uretral y divertículos congénitos. Anomalías quísticas de las glándulas de Cowper. Hipospadias. Incurvación congénita del pene y uretra corta. Fimosis y otras anomalías peneanas.

### 8.5. Anomalías de los testículos:

Anorquía, criptorquidia y ectopia testicular.

Hernia inguinal. Hidrocele del neonato y el niño. Torsión testicular y torsión del cordón espermático.

### 8.6 Anomalías en la diferenciación sexual:

Diagnóstico diferencial de la ambigüedad sexual.

Tratamiento de la intersexualidad.

### 8.7 Anomalías del epidídimo, deferente y vesículas seminales.

9. Enfermedades de las glándulas suprarrenales. etiología, clasificación, patología, fisiopatología y tratamiento.

9.1 Insuficiencia suprarrenal y síndromes de hiperfunción adrenocortical.

9.2 Hiperplasia y tumores de la corteza suprarrenal. 9.3 Tumores de la médula suprarrenal: feocromocitoma y neuroblastoma.

10. Hipertensión vasculo-renal, anomalías de los vasos renales y trasplante renal.

10.1 Clasificación, patología, fisiopatología, diagnóstico y principios terapéuticos de las lesiones vasculo-renales y de la hipertensión vasculo-renal.

10.2 Trasplante renal: auto y alotrasplante renal. Inmunología y procedimientos técnicos. Complicaciones.

11. Infecciones específicas y no específicas, enfermedades inflamatorias incluyendo las enfermedades venéreas. 11.1 Definición y clasificación. Epidemiología. Microbiología de las infecciones genitourinarias incluyendo el papel de los factores predisponentes.

11.2 Patología y fisiopatología incluyendo los factores inmunobiológicos. 11.3 Localización de la infección en el tracto urinario: Procedimientos técnicos. 11.4 Procedimientos diagnósticos y tratamiento de las siguientes circunstancias sépticas:

Infecciones nosocomiales y motivadas por el catéter uretral.

Infección del tracto urinario en niños. Infección del tracto urinario en el embarazo. Bacteriuria asintomática. Septicemia y shock séptico. Cistitis. Pielonefritis. Prostatitis aguda y crónica. Prostatitis no bacteriana y prostatodinia. Uretritis. Epididimitis y orquitis. Vesiculitis seminal. Enfermedades de transmisión sexual. Tuberculosis genitourinaria. Enfermedades parasitarias: hidatidosis y bilharziosis. Infecciones por hongos. Cistitis intersticial y síndromes relacionados. Enfermedades infecciosas de los genitales externos.

12 Traumatismos del tracto genitourinario (etiología, clasificación, patología, fisiopatología, diagnóstico, procedimientos diagnósticos, modalidades terapéuticas y complicaciones).

12.1 Del riñón y de los vasos renales.

12.2 Ureterales. 12.3 Vesicales y uretrales. 12.4 De los genitales externos. 12.5 Térmicos, químicos y eléctricos de los genitales externos y de la uretra.

13. Urolitiasis:

13.1 Epidemiología.

13.2 Etiología, morfogénesis y patogénesis. 13.3 Factores de riesgo en la formación de los cálculos urinarios. 13.4 Metabolismo del calcio. 13.5 Metabolismo del ácido oxálico. 13.6 Litiasis inducida por infección. 13.7 Cistinuria-xantinuria. 13.8 Formación de cálculos de ácido úrico. 13.9 Nefrocalcinosis y litogénesis. 13.10 Inhibidores y promotores de la formación de cálculos. 13.11 Cristaluria. 13.12 Procedimientos diagnósticos e investigaciones técnicas. 13.13 Modalidades terapéuticas:

Tratamiento médico.

Tratamiento quirúrgico. Tratamiento endourológico. Litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL).

13.14 Principios de la fragmentación litiásica.

13.15 Principios del análisis de los cálculos.

14. Fertilidad y función sexual. 14.1 Función endocrina de los testículos.

14.2 Espermiogénesis. 14.3 Fisiología del epidídimo. 14.4 Fisiología de la erección penéana. 14.5 Patofisiología de la reproducción masculina. 14.6 Etiología y evaluación de la infertilidad masculina. 14.7 Tratamiento médico de la disfunción testicular. 14.8 Tratamiento quirúrgico de la infertilidad. 14.9 Tratamiento de las disfunciones de la eyaculación. 14.10 Fisiopatología de la disfunción sexual masculina. 14.11 Etiología y evaluación del varón impotente. 14.12 Tratamiento médico y quirúrgico de la impotencia. 14.13 Intersexualidad: Etiología, clasificación, evaluación y tratamiento.

15. Hiperplasia benigna de la próstata.

15.1 Epidemiología.

15.2 Etiología. 15.3 Patología. 15.4 Procedimientos diagnósticos. 15.5 Modalidades terapéuticas.

16 Tumores del aparato genitourinario. 16.1 Principios de la oncología urológica:

Epidemiología de los tumores urogenitales.

Principios de la carcinogénesis y biología del cáncer. Citogenética: anormalidades cromosómicas en los tumores urológicos. Marcadores tumorales y oncología urológica. Inmunobiología y patología de los cánceres urológicos. Procedimientos diagnósticos. Estadía y patrones de diseminación. Principios de la quimioterapia anticancerosa. Factores pronósticos y parámetros de respuesta.

16.2 Oncología especial: Epidemiología, etiología, historia natural, biología, inmunobiología, patología, patrones de diseminación, procedimientos diagnósticos, estadía y modalidades terapéuticas de los siguientes tumores:

16.2.1 Tumores renales: Carcinoma de células renales.

Tumor de Wilms. Tumores renales benignos en el adulto y en el niño. Tumor de células transicionales del tracto urinario superior.

16.2.2 Tumores vesicales:

Carcinoma de células transicionales.

Carcinoma de células escamosas. Adenocarcinoma. Rabdomiosarcoma. Tumores benignos.

16.2.3 Próstata:

Adenocarcinoma.

Rabdomiosarcoma. Sarcoma.

#### 16.2.4 Uretra:

Carcinoma de la uretra masculina, femenina y de las glándulas parauretrales.

Tumores benignos de la uretra masculina y femenina.

#### 16.2.5 Testículo, estructuras paratesticulares y vesícula seminal:

Tumores germinales en el niño y en el adulto incluyendo los seminomas y los tumores no germinales no seminomatosos.

Tumores no germinales. Tumores del cordón estromal. Tumores de los anejos testiculares y de las vesículas seminales.

#### 16.2.6 Pene:

Carcinoma de pene.

Enfermedades preneoplásicas de pene. Lesiones benignas de pene.

17. Otras afecciones del pene, escroto, testículos, epidídimo y cordón espermático (etiología, patología, fisiopatología, diagnóstico y terapéutica).

17.1 Fimosis y parafimosis.

17.2 Lesiones dermatológicas del pene.

17.3 Priapismo.

17.4 Enfermedad de la Peyronie.

17.5 Gangrena del pene y escroto.

17.6 Hidrocele no congénito.

17.7 Varicocele.

17.8 Quistes de los anejos testiculares.

18. Fístulas urinarias.

18.1 Etiología, patogénesis y clasificación.

18.2 Procedimientos diagnósticos.

18.3 Normas terapéuticas generales.

19. Derivaciones urinarias.

19.1 Concepto.

19.2 Concepto de destubulización.

19.3 Clasificación:

Atendiendo a la ubicación del reservorio: Ortotópicas.

Heterotópicas (externas e internas).

Atendiendo a la continencia:

Tubulizadas.

Destubulizadas.



19.4 Anastomosis ureterointestinales.

19.5 Cuidados postoperatorios.

19.6 Desderivaciones.

19.7 Complicaciones:

Metabólicas. Anatómicoquirúrgicas. Neoplásicas (carcinogénesis).

20. Urofarmacología:

20.1 Fármacos empleados en infecciones bacterianas y por otros microorganismos.

20.2 Fármacos empleados en las disfunciones miccionales.

20.3 Fármacos empleados en el cólico nefrítico.

21. Laparoscopia en urología.

21.1 Revisión histórica.

21.2 Conceptos teóricos:

Instrumental y componentes del equipo laparoscopio: acceso, disección, corte, aspiración, irrigación, hemostasia, agarre, sutura y extracción de tejidos y órganos.

Sistemas de insuflación. Sistemas de imagen: ópticas, cámaras, monitores, sistemas de digitalización y almacenamiento. Selección de pacientes y preparación preoperatoria.

Indicaciones actuales de la laparoscopia en Urología.

21.3 Complicaciones de la laparoscopia en Urología:

Problemas respiratorios y cardiovasculares secundarios al CO<sub>2</sub>.

Complicaciones intra y postoperatorias (trocarizaciones, lesiones de órganos sólidos, lesiones de órganos huecos, lesiones de vasos arteriales y venosos). Reversión a cirugía convencional.

22. Aspectos psicológicos en las enfermedades urológicas.

## **ANEXO IX: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN UROLOGÍA.**

Listado de anexos por categorías recogidos de la asociación española de urología:

### **ANDROLOGÍA**

ANASTOMOSIS TÚBULO DEFERENCIAL  
BIOPSIA TESTICULAR  
CIRCUNCISIÓN  
EPIDIDIMECTOMÍA  
HIDROCELECTOMÍA  
INCURVACIÓN DE PENE  
INYECCIÓN INTRACAVERNOSA  
PRÓTESIS DE PENE  
QUISTECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO  
URETROPLASTIA  
VARICOCELECTOMÍA  
VASECTOMÍA  
VASO-VASOSTOMÍA

### **ENDOSCOPIA**

CISTOLITOTRICA  
CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA  
COLOCACIÓN DE CATÉTER URETERAL O DOBLE J  
COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE URETRA  
ENDOPIELOTOMÍA  
ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA MEDIANTE LASER  
ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL O LINFOCELE  
INSTILACIÓN VESICAL  
NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA  
NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA  
RESECCIÓN PERCUTÁNEA TM TUS

RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA  
RTU TM VESICAL  
URETERORRENOSCOPIA  
URETROCISTOSCOPIA  
URETROTOMÍA INTERNA  
ENDOSCÓPICA VAPORIZACIÓN PROSTÁTICA MEDIANTE LASER

### **LAPAROSCOPIA**

ABLACIÓN LAPAROSCÓPICA TUMOR RENAL MEDIANTE CRIOTERAPIA  
O RADIOFRECUENCIA  
ABLACIÓN PERCUTÁNEA TUMOR RENAL MEDIANTE CRIOTERAPIA  
O RADIOFRECUENCIA  
ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA  
BIOPSIA RENAL LAPAROSCÓPICA  
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA  
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA LITIASIS RENAL  
CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA  
CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA  
LINFADENECTOMÍA ILIOINGUINAL ENDOSCÓPICA  
LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA  
NEFRECTOMÍA LAPAROENDOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO  
NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA RADICAL  
NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARCIAL  
NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA RADICAL ASISTIDA POR LA MANO  
NEFRECTOMÍA TRANSVAGINAL POR NOTES  
NEFROPEXIA LAPAROSCÓPICA  
NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA  
ORQUIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA  
PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA  
PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROENDOSCÓPICA P.U.  
PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA  
QUISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA  
REIMPLANTACIÓN URETERAL LAPAROSCÓPICA

## URETEROLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA

### **LITIASIS**

CIRUGÍA DE LA LITIASIS RENAL

CIRUGÍA DE LA LITIASIS VESICAL

LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA

URETEROLITOTOMÍA

### **ONCOLOGÍA**

BIOPSIA DE PRÓSTATA

BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA

CISTECTOMÍA PARCIAL

CISTECTOMÍA RADICAL

CRIOTERAPIA PROSTÁTICA

HIFU PROSTÁTICA

LINFADENECTOMÍA ILIO-INGUINAL

LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL

NEFRECTOMÍA PARCIAL

NEFRECTOMÍA RADICAL

NEFROURETERECTOMÍA

ORQUIECTOMÍA

PENECTOMÍA

PROSTATECTOMÍA RADICAL

URETERECTOMÍA PARCIAL

URETRECTOMÍA

### **ROBÓTICA**

CIRUGÍA ROBÓTICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

CIRUGÍA ROBÓTICA DE LA LITIASIS RENAL

CISTECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA

CISTECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA  
NEFRECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA  
NEFROURETERECTOMÍA ROBÓTICA  
PIELOPLASTIA ROBÓTICA  
PROSTATECTOMÍA ROBÓTICA  
URETEROLITOTOMÍA ROBÓTICA

### **TRASPLANTE**

NEFRECTOMÍA DE DONANTE VIVO  
NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE DONANTE VIVO  
RECONSTRUCCIÓN VÍA URINARIA TRASPLANTE RENAL  
TRASPLANTE RENAL  
TRASPLANTECTOMIA RENAL

### **UROLOGÍA FUNCIONAL**

CIRUGÍA DE LA FÍSTULA URETRO-VÉSICO-VAGINAL  
COLOCACIÓN DE ESFÍNTER ARTIFICIAL  
ESTUDIO URODINÁMICO  
EXPLORACIÓN DE RAÍCES SACRAS  
HISTERECTOMÍA  
INCONTINENCIA URINARIA  
INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA  
RECONSTRUCCIÓN DE PROLAPSO  
URETEROLISIS

### **UROLOGÍA GENERAL**

ADENOMECTOMÍA (PROSTATECTOMÍA ABIERTA)

## ANEXO X: DOCUMENTOS MÁS FRECUENTES DE CI EN UROLOGÍA



### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRCUNCISIÓN

Nº Historia: NUM HISTORIA

D./dña.: Nombre y Apellidos del Paciente de años de edad,

Con domicilio en Domicilio del Paciente y DNI N° DNI del Paciente

D./dña.: Nombre y Apellidos de Edad años de edad,

Con domicilio en Domicilio y DNI N° DNI I

En calidad de Representante legal, familiar o allegado de Nombre y dos apellidos del paciente

#### DECLARO

Que el Doctor/a NOMBRE DEL FACULTATIVO, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a la **CIRCUNCISIÓN**.

1.- Mediante este procedimiento se pretende facilitar las relaciones sexuales y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos y didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- El médico me ha explicado que esta intervención consiste en eliminar la piel del prepucio que no permite descubrir el glande, con el objetivo de evitar acumulación

de secreciones y evitar molestias en la erección o en futuras relaciones sexuales y, que no suele requerir hospitalización, salvo en niños.

- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, como infecciones en la herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir a la pérdida total o parcial del órgano, y riesgo de infección general, hemorragia, incluso con consecuencias imprevisibles, cicatrices antiestéticas, incurvación del extremo del pene y lesión uretral con aparición de fístulas.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha explicado que la alternativa es el tratamiento médico expectante, o la incisión prepucial, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### **CONSIENTO**

Que se me realice la CIRCUNCISIÓN.

En Lugar y fecha

Fdo: Médico                      Fdo: Paciente                      Fdo: representante legal, familiar o allegado

### **RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, **renuncio** al derecho de información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de **no recibir información**, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

En Lugar y fecha

Fdo.: El/La Paciente

### **REVOCACIÓN**

Don/Doña Nombre y dos apellidos del paciente de Edad del Paciente años de edad.  
con domicilio en Domicilio del Paciente y D.N.I. nº DNI del Paciente

Don/Doña Nombre y dos apellidos de Edad años de edad.  
con domicilio en Domicilio y D.N.I. nº DNI I

en calidad de Representante legal, familiar o allegado de Nombre y dos apellidos del paciente

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.



En Lugar y fecha

Fdo: Médico                      Fdo: Paciente                      Fdo: representante legal, familiar o  
allegado



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
VASECTOMÍA**

Nº Historia:

D./Dña.:

Con domicilio en

D./dña.:

Con domicilio en

DNI Nº DNI I

En calidad de Representante legal, familiar o allegado de Nombre y dos apellidos del  
paciente

**DECLARO**

Que el Doctor/a ....., me ha explicado que es  
conveniente proceder en mi situación a una VASECTOMÍA.

1. Mediante este procedimiento se pretende la esterilización.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o

didácticos

2. Mediante esta técnica se trata de obtener la infertilidad. La vasectomía bilateral es una técnica quirúrgica de esterilización masculina. Consiste en la interrupción del flujo de espermatozoides procedentes de ambos testículos a través del conducto deferente y que desembocan en la uretra a través de los conductos eyaculadores. Esta interrupción se realiza mediante la sección del conducto deferente y ligadura de ambos extremos.

La vasectomía se practica con la idea de perpetuidad, pero es posible reconstruir la continuidad del deferente, en determinadas circunstancias, y sin totales garantías de éxito.

Sé que la vasectomía se realiza con anestesia local a través de dos pequeñas incisiones de 1,5 cm. o pequeños orificios en la piel en ambas raíces del escroto, cerca de la base del pene.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como complicaciones generales: reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: infección o sangrado de la herida, cicatrización anómala, incluso de forma ocasional cierto dolorimiento testicular, o inflamación e infección del mismo o del epidídimo, con necesidad de extirpación del testículo.

3. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, a veces de urgencia.

Además y muy especialmente, el médico me ha explicado y advertido en qué consiste el riesgo de repermeabilización de la vía seminal, y he comprendido que tras la intervención los espermatozoides van disminuyendo en número poco a poco y por tanto se sigue siendo fértil. Se debe seguir utilizando un método anticonceptivo seguro hasta que se realice un espermiograma de control que demuestre la ausencia total de espermatozoides en el eyaculado (azoospermia). Este espermiograma nos asegura que todos los espermatozoides han sido

eliminados como consecuencia de la operación.

También sé que de forma excepcional ha sido descrita en la literatura la repermeabilización espontánea de la vía seminal de forma tardía, lo que conllevaría la posibilidad de embarazo, en cualquier momento y para evitarlo, la única posibilidad es hacer una cirugía mucho más amplia, para cortar y extraer un trozo más largo del conducto, lo que supondría un mayor riesgo de padecer las complicaciones que me han descrito así como la total imposibilidad de reconstruir el deferente si en un futuro quisiera hacerlo. Por ello renuncio a que se me practique esta cirugía más agresiva aceptando el riesgo de repermeabilización espontánea.

4. El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

5. Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como complicaciones .
6. El médico me ha explicado que existen otras alternativas para la anticoncepción, pero que, en mi caso, pretendiendo la esterilización con idea de perpetuidad, la mejor alternativa terapéutica es la vasectomía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

## CONSIENTO

Que se me realice la VASECTOMÍA.

En Lugar y fecha

Fdo: Médico                      Fdo: Paciente                      Fdo: representante legal, familiar o  
allegado

## RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, **renuncio** al derecho de información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de **no recibir información**, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

En Lugar y fecha

Fdo.: El/La Paciente

## REVOCACIÓN

Don/Doña Nombre y dos apellidos del paciente de Edad del Paciente años de edad.

con domicilio en Domicilio del Paciente y D.N.I. nº DNI del Paciente

Don/Doña Nombre y dos apellidos de Edad años de edad.

con domicilio en Domicilio y D.N.I. nº DNI I

en calidad de Representante legal, familiar o allegado de Nombre y dos apellidos del paciente

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Lugar y fecha

Fdo: Médico                      Fdo: Paciente                      Fdo: representante legal, familiar o allegado



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE UROLOGÍA

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA**

Nº Historia:

D./dña.:

Con domicilio en

D./dña.:

Con domicilio en

DNI Nº

En calidad de Representante legal, familiar o allegado de Nombre y dos apellidos del paciente

**DECLARO**

Que el Doctor/a....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a practicar una ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende mejorar la calidad miccional y suprimir la sonda vesical permanente (si fuese portador de ella).

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica se extirpa el adenoma de próstata, que es un tumor benigno que crece en la próstata y obstruye el cuello de la vejiga dificultando o impidiendo la micción. En la intervención se extrae el adenoma y no toda la próstata. La intervención se practica a través de una incisión en el abdomen por encima del pubis.

Sé que después de la intervención estaré con sueros durante 1 a 2 días y que el postoperatorio normal es de una semana. Durante unos días llevaré sonda vesical y,

una vez retirada ésta, comenzaré a realizar la micción de forma natural, inicialmente con pequeños trastornos como escozor, imperiosidad, etc., que suelen desaparecer a los pocos días.

- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: así, puede ocurrir que no se consiga la mejora de la calidad miccional o que no se pueda retirar la sonda vesical permanente, y pueden aparecer, con mayor o menor frecuencia, complicaciones como el desarrollo de una estenosis uretral, incontinencia urinaria que puede ir desde parcial y temporal hasta total y permanente, hemorragia incoercible tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados, problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica (infección en sus diferentes grados de gravedad, dehiscencia de sutura (apertura de la herida) eventración intestinal, fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, eyaculación retrógrada con probable esterilidad, excepcionalmente impotencia, tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero inevitables aunque se tomen medidas profilácticas.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad

avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como Contraindicaciones

- 6.- El médico me ha explicado que las alternativas son la colocación de una sonda, la resección uretral, el tratamiento médico, la implantación de una prótesis y el tratamiento con láser, pero que en mi caso la solución más correcta es la adenomectomía o prostatectomía abierta.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### **CONSIENTO**

Que se me realice ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA abierta.

En Lugar y fecha

Fdo: Médico                      Fdo: Paciente                      Fdo: representante legal, familiar o  
allegado

### **RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, **renuncio** al derecho de información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de **no recibir información**, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.



En Lugar y fecha

Fdo.: El/La Paciente

### **REVOCACIÓN**

Don/Doña Nombre y dos apellidos del paciente de Edad del Paciente años de edad.  
con domicilio en Domicilio del Paciente y D.N.I. nº DNI del Paciente

Don/Doña Nombre y dos apellidos de Edad años de edad.

con domicilio en Domicilio y D.N.I. nº DNI I

en calidad de Representante legal, familiar o allegado de Nombre y dos apellidos del  
paciente

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento,  
que doy con esta fecha por finalizado.

En Lugar y fecha

Fdo: Médico                      Fdo: Paciente                      Fdo: representante legal, familiar o  
allegado

### **ANEXO XI: CRIPTORQUIDIA E INFERTILIDAD**

Aunque las opiniones son diversas, numerosas observaciones indican la evidente  
relación entre criptorquidia y esterilidad, y esto con independencia de que sea, unilateral  
o bilateral (Bayo,1994, pp. 234-236).

Esta relación se conoce desde la antigüedad y de siempre ha estado presente en el  
mundo de la veterinaria y ganadería rural.

Una de las facetas que cualquier ganadero observa al evaluar un macho de cualquier especie, es la presencia o ausencia de los testículos en su situación habitual.

La localización de los testículos en las bolsas escrotales es fundamental para rebajar la temperatura de estos, ya que es indiscutible la repercusión desfavorable de la hipertermia sobre la espermatogénesis (ibíd, p. 236).

Los testículos criptorquídicos (y los ectópicos) no son aptos para producir espermatozoides, ya que el testículo precisa estar dos grados centígrados por debajo de la temperatura del abdomen para poder producir espermatozoides normales (Napal Lecumberri, 1996, p. 97).

Sin embargo, la función endocrina del testículo, es decir la producción de testosterona persiste, gracias a que las células de Leydig son termo-resistentes, por lo tanto, la función secretora sigue presente en el paciente criptorquídico (Amelar, 1968, p.139).

En el inicio del desarrollo fetal, el testículo se localiza próximo al riñón, a la altura de la primera vértebra lumbar; posteriormente comienza su descenso hacia el escroto (Wowes, 1974, p. 2480).

En esta migración se distinguen tres fases. La primera o intraabdominal, tiene lugar hasta el séptimo mes de embarazo; la segunda o canalicular, se produce entre el séptimo y octavo mes y la tercera o escrotal desde el octavo mes hasta el nacimiento (Garat,1994, p.781).

Si en esta migración, el testículo es retenido por cualquier causa, se produce el fenómeno denominado «Criptorquidia» cuyo significado es el de «testículo oculto». Puede ser uni o bilateral.

La criptorquidia y el hipospadias constituyen actualmente las dos malformaciones congénitas del aparato reproductor más prevalentes en los niños (Estors Sastre, 2015, p.130).

La frecuencia de presentación, en el recién nacido a término es de aproximadamente de un cuatro por ciento; a los tres meses, en los dos tercios de los casos, el testículo desciende a su bolsa, por lo que, en la vida adulta, el porcentaje se sitúa en torno al siete por mil (Garat, 1994, p.781).

La falta de descenso testicular retrasa la espermatogénesis, siendo mayor la repercusión cuanto más alta sea la situación del testículo. En los casos de bilateralidad la esterilidad se acerca al ochenta por ciento (Bayo, 1994, p. 236).

Al diagnóstico se llega, además de por la exploración física, con ecografía, TAC y en último lugar con la exploración quirúrgica.

Si con ninguno de estos procedimientos se llega a constatar los testículos, el diagnóstico diferencial debe de hacerse con la «anorquia», encontrando un porcentaje de 2,58% de anorquia en una serie de 1.159 pacientes criptorquídicos (30 casos) (Resel Estévez, 1985, p.55).

El único tratamiento susceptible para mejorar la fertilidad es la corrección quirúrgica precoz, a ser posible, entre el año y dos años, y obligatoriamente, antes del desarrollo puberal (Bayo, 1994, p. 236).

## ANEXO XII: PAROTIDITIS Y ORQUITIS URLEANA

El testículo y el epidídimo son asiento frecuente de fenómenos inflamatorios de origen infeccioso. Si afecta exclusivamente al testículo se denomina «orquitis» y si es al epidídimo, «epididimitis».

Habitualmente afecta a ambas estructuras, denominándose entonces «orquiepididimitis».

La vía de acceso del germen al testículo puede ser canalicular (con progresión del mismo partiendo del aparato urinario) o bien por vía hematógica vascular, procediendo de cualquier foco extraurológico.

Las de origen vascular aparecen en el curso de afecciones septicémicas y entre ellas se han descrito la orquitis variólica, tifoidea, brucelósica, gripal, estafilocócica, urleana (orquitis secundaria a paperas), etc. (Kalaydjiev, 2004).

Esta última es la más frecuente y la de mayor importancia por su clínica y por sus secuelas. La parotiditis urleana es una infección vírica generalizada, distribuida por todas las razas, por todos los climas y en todas las edades, causada por un RNA virus de la familia de los Paramixovirus (Ruiz-Romero, 1993, pp.653-654).

Su periodo de incubación, que es asintomático, es de quince a veintidós días (Delgado, 1971, pp. 934-935).

El único huésped natural de la parotiditis es el ser humano (George, 1991, p.841).

La clínica (Casado, 1975, pp. 535-538) se manifiesta por una tumefacción de la parótida, mal delimitada, permaneciendo la piel que recubre la glándula con aspecto normal. Generalmente existe fiebre, que puede ser elevada y con dolor local que se acentúa al masticar.

Suele afectar a ambas glándulas con una diferencia de presentación de dos o tres días. La inflamación hace que se eleve y despegue el lóbulo de la oreja de la cara, por lo que también se le conoce como “orejones” (Wowes, 1974, p.1901).

En seis o siete días, el cuadro remite salvo que se presenten complicaciones.

De éstas, las más temidas son las meningoencefalitis, pancreatitis, tiroiditis y las orquitis.

La orquitis urleana, aparece en el adolescente y en el adulto joven, (rara vez en el niño), en una proporción entre el 5 al 15% de los pacientes con parotiditis epidémica (Delgado Pereira, 1971, p. 934).

Suele presentarse entre el octavo o décimo día desde la fluxión de la glándula parotídea, con gran afectación febril, malestar general, escalofríos, cefalalgia, náuseas, vómitos y tumefacción escrotal dolorosa con irradiación inguinoabdominal.

Participan en la inflamación el testículo y el epidídimo. La afectación puede ser uni o bilateral. El cuadro cede habitualmente al cabo de tres o cuatro días (íd).

El pronóstico es sombrío para la función testicular, pues un tercio de los afectados presenta una atrofia del parénquima en las que participan las líneas seminal e intersticial en grado variable.

El tratamiento consiste, además de medidas higiénico-dietéticas (reposo, hielo local, etc.), en analgesia, corticoides, antiinflamatorios y hogaño con interferón alfa <sub>2b</sub> (Sigman, 2005, p. 1652).

Actualmente se está administrando la vacuna con virus atenuado que se ha mostrado muy eficaz, con una protección para el 95% de los individuos (Ruiz-Romero, 1993, p.654).

### **ANEXO XIII: PROCEDENCIA DE LOS URÓLOGOS QUE HAN DESARROLLADO SU ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA**

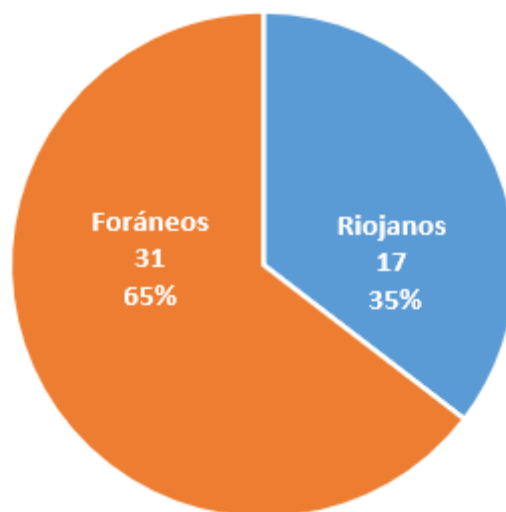
Como justificación de la necesidad de que los urólogos que han desarrollado su actividad profesional en La Rioja deban de conocer el léxico riojano en lo concerniente a su especialidad, se ha realizado un exhaustivo recuento de estos desde que se inició la actividad específica urológica con médicos con la «especialidad de urología».

Algunos, de una forma esporádica y temporal, como médicos en formación MIR, otros más prolongada y finalmente, otros, que toda su actividad se ha realizado en nuestra comunidad.

Se han comprobado, previa autorización del Ilustre Colegio Oficial de médicos de la Rioja, sus libros de registro de sus colegiados, de los archivos del Servicio de Urología del complejo hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño y de su centro de Especialidades (antiguo ambulatorio) y libro de actas de la Sociedad Riojana de Urología, encontrándose la siguiente relación:

<b>APELLIDOS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>PROCEDENCIA</b>
ALDEKOA HURTADO	JOSU	ÁLAVA
ALVAREZ BANDRÉS	SILVIA	LA RIOJA
ALONSO COSCOJUELA	MARINA	HUESCA
ARDANZA TREVIJANO	ALFREDO	LA RIOJA
ARDANZA TREVIJANO	FRANCISCO	LA RIOJA
ASCASO CORNAGO	ISABEL	ZARAGOZA
BARGUES BALANZA	MARTA	VALENCIA
CABEZUDO HERNADO	IGNACIO A.	NAVARRA
CISNEROS PÉREZ	JUAN	SEVILLA
CUESTA PRESEDO	JOSÉ MARIA	ASTURIAS
DAROCA FERNANDEZ	ANA	LA RIOJA
DE LA CRUZ HIDALGO	ISABEL	BARCELONA
DEL PON SARASÚA	JAVIER	LA RIOJA
DÍAZ P. DE AZPEITIA	ALFREDO	NAVARRA
ESPUELAS RUIZ	ESTEBAN	LA RIOJA

EZQUERRO SÁENZ	SANTIAGO	LA RIOJA
FERNANDEZ FERNADEZ	AMANCIO	LA RIOJA
FERNANDEZ MARRODÁN	ABUNDIO	LA RIOJA
FERNANDEZ ROSAENZ	JESÚS	LA RIOJA
FRANCO MANZANO	RICARDO	SALAMANCA
GARCÍA MONDARAY	REBECA	CUENCA
GIL FABRA	JESÚS M.	ZARAGOZA
GIL GIL	PEDRO	ZARAGOZA
GIL ORTIGOSA	MARISA	LA RIOJA
GÓMEZ ALONSO	MAURICIO	CIUDAD REAL
HERNANDEZ GARCÍA	JOSÉ	VENEZUELA
LARUMBE ZAZU	CARLOS	NAVARRA
MARCO VALDENEBRO	ANA	LA RIOJA
MARTÍN GARCÍA	BERNARDO	SALAMANCA
MARTÍNEZ CASTELLANOS	FERNANDO J.	LA RIOJA
MARTÍNEZ DEL PINO	NATALIA	ÁLAVA
MIGUEL NALDA	LUIS	LA RIOJA
MONTERO RUBIO	RAQUEL	MADRID
OTERO MAURICIO	GERARDO	PONTEVEDRA
PASCUAL REGUEIRO	DANIEL	ZARAGOZA
PÉREZ SOLANS	FCO. DE BORJA	NAVARRA
POZO FERRERAS	JAVIER	ZAMORA
PRIETO GONZÁLEZ	ANTONIO	GRANADA
RUIZ VILLANUEVA	ERNESTO	LA RIOJA
SALVATIERRA PÉREZ	CRISTINA	CÁDIZ
SANCHEZ ZALABARDO	DANIEL	ZARAGOZA
SANCHO SERRANO	CARLOS	ZARAGOZA
SILVA ABUIN	JUAN MIGUEL	PONTEVEDRA
SUBIRA CASTILLÓN	CARLOS	HUESCA
SORIA RUIZ	JESÚS SAMUEL	LA RIOJA
PEREYRA MONTAÑO	DAMASO TUPAC	BOLIVIA
VALPUESTA FERNADEZ	IGNACIO	SEVILLA
VIRTO BAJO	FRANCISCO JAVIER	LA RIOJA



Fuentes: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de La Rioja, Servicio de Urología del Hospital San Pedro de Logroño y Sociedad Riojana de Urología



**ANEXO XIV: LOCALIDADES RIOJANAS ENCUESTADAS EN EL  
ALEANR Y SUS CLAVES**

- 100: Casalarreina.
- 101: San Asensio.
- 102: Tormantos.
- 103: Logroño.
- 300: Alesanco.
- 301: Albelda de Iregua.
- 302: Valgañon.
- 303: Tobía.
- 304: Torrecilla en Cameros.
- 305: San Román de Cameros.
- 400: El Villar de Arnedo.
- 401: Galilea.
- 500: Canales de la Sierra.
- 501: Viniegra de Arriba.
- 502: Lumbreras.
- 600: Autol.
- 601: Herce.
- 602: Alfaro.
- 603: Enciso.
- 604: Cornago.
- 605: Cervera del Río Alhama.

## ANEXO XV: TESIS UROLÓGICAS

Como era de esperar, las tesis doctorales realizadas por urólogos, la mayor parte de ellas están dedicadas al estudio de temas específicos de la especialidad, desde las eminentemente clínicas, en sus diversas facetas, hasta las del campo experimental y de laboratorio y con ellas se ha demostrado la indiscutible calidad que ha alcanzado la Urología durante estas últimas décadas.

Se ha analizado el contenido de estas, intentando encontrar temas no esencialmente científico-urológicos, más con un carácter humanístico, relacionados con la urología.

El Dr. Jiménez Cruz, urólogo y presidente de la AEU durante los años 1997-2001 (Guiurbino, 2011, pp. 147-153), editó como coordinador: *1975-2000. Veinticinco años de investigación española en urología a través de las tesis doctorales*, en el que se recogen doscientas tesis doctorales, presentadas durante el último cuarto de siglo pasado, como hemos dicho la mayoría de contenido puramente científico en el sentido estricto de la palabra y encontrando únicamente dos de ellas de carácter histórico humanístico, otra sobre temas legales y otra relacionada con la informática (Madrid, 2001, Drug Farma).

TEMA	Nº de Tesis
Cirugía (incl. Trasplante)	27
Ca. Vesical	25
Ca. Próstata	21
Sobre litiasis	19
Fisiopatología del tramo urinario inferior	17
Ca. Renal	10
Conservación renal pretrasplante	9
Estudios ecográficos	6
Infección en urología	6
Desarrollo fetal génito-urinario	4
Efectos de las hormonas sexuales en ap. Urinario	4
Estudio de la glándula prostática	4
Fisiopatología del tramo urinario superior	4
Litotricia extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC)	4

Malformaciones génito-urinarias	4
Anatomía nerviosa pelviana	3
Traumatismos renales	3
anatomía nerviosa epididimaria	2
Antibioterapia	2
Estudio de catéteres ureterales	2
Estudios epidemiológicos patol. Urinaria	2
Función renal y sus metabolitos	2
Hipertensión vásculo renal	2
Infertilidad	2
Otras patologías y su repercusión en ap. Urinario	2
Tumor testicular	2
Alteraciones metabólicas en derivaciones	1
Análisis conducta sexual en varones	1
Estudios sobre contraste urográfico	1
Historia de la cirugía siglo XIX	1
Informática en urología	1
Patología de la suprarrenal	1
Patología peneana	1
Reclamaciones medico legales en urología	1
Torsión testicular	1
Tumor renal benigno	1
Vida y obra de Joaquín Albarrán	1

*Tabla 1. Tesis doctorales de autores Urólogos por temas*

<b>Quinquenio</b>	<b>Nº de Tesis</b>
1975-1979	11
1980-1984	20
1985-1989	36
1990-1994	62
1995-2000	71

*Tabla 2 Tesis doctorales de autores Urólogos por quinquenios*

Como se observa el número de tesis doctorales urológicas ha ido incrementándose progresivamente con el paso de los años, lo que manifiesta el interés científico de los especialistas en urología y posiblemente, este aumento sea en la actualidad infinitamente superior.

Por supuesto, este no es el lugar para analizar el contenido de estas tesis doctorales, de unos temas tan específicos, pero lo que sí vamos a realizar es un somero análisis de las cuatro tesis que se salen un poco de la estricta temática urológica.

La primera de ellas es la presentada por el Dr. Miguel Tallada Buñuel en la Universidad Complutense de Madrid, en 1982 y dirigida por el Dr. Agustín Albarracín Teulón: *Vida y obra urológica de Joaquín María Albarrán*. En ella, analiza la biografía, la obra científica y su aportación al nacimiento de la especialidad de urología, de este ilustre hispano-cubano, que se licenció en Barcelona, se doctoró en Madrid y por segunda vez en París y de cuya universidad fue catedrático de «vías urinarias».

La segunda, realizada por el Dr. Manuel A. Romero Tenorio en la Universidad de Cádiz y dirigida por el Dr. Antonio Orosco Aquaviva (1986): *La litotomía en la urología española del siglo XIX*. En ella se analizan las técnicas quirúrgicas utilizadas como terapéutica de elección ante la litiasis vesical, por las diferentes escuelas españolas durante el siglo XIX, investigando numerosas fuentes documentales en los Reales Colegios de Cirugía de Barcelona y Madrid.

La tercera, presentada en la Universidad de Zaragoza, por el Dr. Carlos Alberto Allepud Losa (1991) y dirigida por la Dra. María Castellano Arollo: *Estudio de algunos problemas urológicos de interés médico-legal*. En ella, se analiza el documento médico-legal (de obligatorio cumplimiento), denominado «parte de lesiones», como documento esencial de la descripción de las lesiones constatadas, y en el cual se apoya la administración de justicia, en los litigios médico-jurídicos, para emitir la sentencia, en los pleitos por agresiones, reclamaciones médicas, accidentes de tráfico, laborales, etc. y realizada desde el punto de vista urológico, en el ámbito hospitalario del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, durante el año 1988.

La cuarta tesis doctoral, presentada en la misma universidad y mismo curso académico, es la realizada por la Dra. Carmen González Enguita y dirigida por el Dr. Francisco Javier Romero Fernández: *Aplicaciones clínico-estadísticas de la informática en una unidad de tratamiento*. En ella se analiza y desarrolla un método informático para almacenar, agrupar, ordenar y clasificar datos médicos de los pacientes tratados en

una unidad de litotricia (LEOC) y que a su vez pueda ser utilizado con fines académicos y docentes.

Siguiendo las fuentes proporcionadas por «Dialnet Plus» se ha realizado una búsqueda de tesis doctorales aplicando el «filtro de urología», encontrando 155 tesis doctorales y que siguiendo un esquema similar al aplicado anteriormente, evidenciamos los siguientes datos.

En lo referente a la temática, hemos encontrado, algunas tesis con estudios no encajables en las referenciadas en el estudio de Guiurbino, entre los años 1997-2001 (Guiurbino, 2011).

En el apartado de producción de tesis por años, se comprueba una evolución similar a la mencionada por Guiurbino. En el periodo 1910-1919, aparece una sola tesis, con una temática no encajable en la anterior referencia y bajo el título: *Valor real de la urología en la práctica corriente de la Medicina*. No disponemos del texto completo ni del resumen, pero intuitivamente pensamos que se trate de una valoración de lo que aporta esta nueva especialidad en la práctica diaria de la medicina, por lo tanto, podría etiquetarse como de carácter histórico-analítico.

En el periodo 1920-1929, aparecen dos tesis doctorales urológicas: La primera, *Contribución al estudio del diagnóstico por sedimentos de orina y su aplicación a la urología*; tampoco disponemos ni de resumen ni del texto completo, pero encaja dentro del apartado Función renal y sus metabolitos. La segunda, *Contribución al estudio de la cistografía*, que encaja dentro del epígrafe de *Estudios con contraste radiológico*.

En la década entre 1930-1939, aparecen otras dos tesis doctorales: La primera “*El uroselectan en urología*”, temática que analiza los contrastes radiológicos utilizados, por lo que encaja en Estudios con contraste radiológico. La segunda “*La anestesia con evipan sódico en urología*” a pesar de que trata de un tema anestésico, se analiza su utilización en los procesos quirúrgicos urológicos, por lo que encajaría en el epígrafe de Cirugía Urológica.

Se da un salto de tres décadas, y analizan las desarrolladas entre los años 1970-1979, durante los cuales ya se incrementan a siete tesis doctorales, de las cuales no vamos a referenciar sus títulos, aunque sí analizamos en qué epígrafe los situamos, para con ello analizar las únicas que en este momento nos interesan, y que son las de carácter humanístico urológicas. Cuatro de ellas tratan de cirugía urológica, otra sobre el estudio de masas renales por medio de la ecografía, otra de traumatismos renales y para finalizar otra sobre estudio urográfico del aparato urinario. En el periodo 1980-1989,

aparecen once tesis relacionadas con la urología (se excluye una que trata sobre la “povidona yodada” como método antiséptico del campo quirúrgico, en el que aparecen los urológicos): Cuatro versan sobre historia de la urología, una sobre epidemiología, otra sobre la patología prostática, tres sobre cirugía, una sobre estudios ecográficos y otra sobre estudios del tramo urinario inferior (urodinamia).

Durante la década de 1990-1999, aparecen trece tesis doctorales sobre temas urológicos: Encontramos temas no referenciados en el anterior estudio; uno trata de las repercusiones sobre el aparato urinario del cáncer ginecológico y el otro sobre codificación de la patología urológica. El resto se etiquetan bajo anteriores epígrafes: una sobre informática, dos sobre historia y bibliografía, dos sobre cirugía, una sobre patología de las glándulas suprarrenales, una sobre litiasis, dos sobre infecciones urológicas, una sobre tumores vesicales y finalmente una sobre malformaciones urológicas.

En la década de 2000-2009, ya aparecen reflejadas 31 tesis doctorales, las cuales pasamos a analizar.

Se descubren nuevos conceptos temáticos:

“Publicaciones sobre reacciones adversas a medicamentos en revistas de urología. Evaluación con criterios de fármaco-vigilancia”; “Pruebas neurofisiológicas en el estudio y valoración de la disfunción eréctil peneana”; y finalmente otro con un tema interesante para nuestro trabajo: “*Aproximación al léxico de la Anatomía y de la Urología en romance en el siglo XVI*”, realizada por Angela Moreno Torres en la Universidad de Murcia y dirigida por el urólogo Mariano Pérez Albacete y José Perona (Departamento de Lengua Española y Lingüística General). En esta tesis, se analiza el léxico de las siguientes obras: *la Cura de la piedra...* de Gutiérrez de Toledo, de 1498, el *Libro de la anatomía del hombre*, de Montaña de Monserrate, de 1551, la *Historia de la composición del cuerpo humano* de Juan Valverde, publicado en 1556; y el *Tratado nuevamente impreso, de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga y orina* de Francisco Díaz, de 1588. En ella se demuestra cómo una gran cantidad de términos médicos utilizados usualmente hasta hoy día aparecen por primera vez en estas obras. Se eligieron dichas obras por ser los primeros tratados sobre urología y anatomía escritos en romance y catalogarse como los mejores tratados sobre ambas especialidades de todo el Renacimiento español. Se trata de autores que llevados por un admirable deseo de difusión, a pesar de conocer muy bien el latín, decidieron utilizar el castellano en su obra más importante. El total del léxico

estudiado contiene 4565 entradas, de las que sólo 500 aparecen en los tres diccionarios consultados -*DRAE, DCECH, DETEMA*-. Queremos resaltar que con este estudio han ayudado a completar una parte del vacío existente en la Historia de la Lengua Española.

El resto de las tesis de esta década, encajan dentro de los epígrafes anteriormente expuestos: dos sobre historia de la cirugía urológica, una sobre informática en urología, tres sobre infecciones urinarias, seis sobre cirugía urológica, tres sobre tumor renal, cuatro sobre cáncer de próstata y otra sobre hematurias.

Y por último, la década del 2010-2019, en la cual aparece el mayor número de tesis urológicas publicadas, en total ochenta y siete: una sobre reclamaciones médico-legales en urología, dos de carácter histórico, tres sobre estudios de la glándula prostática, ocho sobre infección en urología, dos sobre efectos de las hormonas sexuales en el ap. urinario, diez sobre cáncer de próstata, una sobre infertilidad, trece sobre cirugía, cuatro sobre litiasis, cuatro sobre impotencia, una sobre patología urinaria en urgencias, seis sobre fisiopatología del tramo urinario inferior, seis sobre cáncer vesical, ocho sobre el cáncer renal, una sobre estudios ecográficos, una sobre efectos de las hormonas sexuales en el ap. urinario, dos sobre malformaciones génito-urinarias, apareciendo una con una nueva temática: *Las enfermedades del riñón y vías urinarias a través de la prensa médica gaditana: (1820-1936)*.

	Periodo 1	Periodo 2	Total
Cirugía (incl. Trasplante)	27	29	56
Ca. Próstata	21	14	35
Ca. Vesical	25	7	32
Fisiopatología del tramo urinario inferior	17	7	24
Sobre litiasis	19	5	24
Ca. Renal	10	12	22
Infección en urología	6	13	19
Historia de la cirugía urológica	1	10	11
Conservación renal	9	0	9
Estudios ecográficos	6	3	9
Estudio de la glándula prostática	4	4	8
Efectos de las hormonas sexuales en ap. Urinario	4	3	7
Malformaciones génito-urinarias	4	2	6

Patología peneana e impotencia	0	5	5
Desarrollo fetal gérito-urinario	4	0	4
Estudios sobre métodos urográfico	1	3	4
Fisiopatología del tramo urinario superior	4	0	4
Función renal y metabolitos	2	2	4
LEOC	4	0	4
Traumatismos renales	3	1	4
Anatomía nerviosa epididimaria	2	1	3
Anatomía nerviosa pelviana	3	0	3
Estudios epidemiológicos patol. Urinaria	2	1	3
Infertilidad	2	1	3
Informática en urología	1	2	3
Otras patologías y su repercusión en ap. Urinario	2	1	3
Antibioterapia	2	0	2
Estudio de catéteres ureterales	2	0	2
Hipertensión vásculo-renal	2	0	2
Patología de la suprarrenal	1	1	2
Reclamaciones médico-legales en urología	1	1	2
Tumor testicular	2	0	2
Alteraciones metabólicas en derivaciones	1	0	1
Análisis conducta sexual en varones	1	0	1
Torsión testicular	1	0	1
Tumor renal benigno	1	0	1
Vida y obra de Joaquín Albarrán	1	0	1

*Tabla 3. Tesis doctorales de autores Urólogos por temas*

No se realiza ningún estudio estadístico ni pormenorizado de estas tesis proporcionadas por «Dialnet Plus», debido a que muchas de ellas están incluidas en el estudio de Guiurbino, entre los años 1997-2001 (Guiurbino, 2011). Nos hemos limitado al análisis y lectura de sus resúmenes, en busca de las mencionadas de temática humanístico-uroológica, que hemos estudiado más profundamente.



**BIBLIOGRAFÍA**

- ABAD NEBOT, F. (2004). Diacronía y diacronía del español (I). *CAUCE, Revista de Filología y su Didáctica*(27), 7-26.
- ABENGÓZAR GARCÍA-MORENO, A. (1998). Carcinoma epidermoide de pene. Actualizaciones temáticas en urología. En C. Dominguez Bravo, & cols., *Clínica* (págs. 30-34). SL, Madaus.
- Achóndite. (2004). Más palabras: Diccionario ortigosano. *El encinedo*(4), 17-19.
- ACOSTA-ARAGÓN, M. A., & Cols. (2020). Hemofilia B o enfermedad de Christmas. *Medicina & Laboratorio*, 24(4), 273-289. Obtenido de <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/336>
- AGUSTÍN CÁRCAMO, É. (2008-2009). Grañón: palabras en vías de extinción. *Mirabel. Voz cultural de la asociación amigos de la ermita de carrasquedo*(58;59;60;61;62), 16-17;10;20;20;24.
- AL ADIB, M. (2020). Hablemos de vaginas. *AMA en marcha. N° 145*, 39.
- ALBA QUINTANILLA, F. d., ALBA GUEVARA, C. A., & ÁVILA ARGÜELLES, P. (2013). El exilio del doctor Alexander von Lichtenberg en México. *Anales de Radiología México*, 143-149.
- ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1987). *La enfermedad en los pueblos primitivo en Agustín Albarracín Teulón (coord.): Historia de la enfermedad*. Madrid: SANED.
- ALBARRACÍN TEULÓN, A. y. (1987). *Historia de la enfermedad*. Madrid: SANED.
- ALCARAZ ARIZA, M. Á. (1998). *Anglicismos en el lenguaje de las ciencias de la salud. Tesis doctorales*. Universidad de Alicante. Departamento de Filología Inglesa. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10045/3170>
- ALCARAZ ARIZA, M. Á. (2002). Los epónimos en medicina. *IBÉRICA* 4, 55-73. Obtenido de <http://www.aelfe.org/documents/text4-Alcaraz.pdf>
- ALCARAZ ARIZA, M. Á. (2003). Las siglas del discurso biomédico escrito en inglés: análisis y aplicaciones didácticas. *the ESP*, 23(1 ), 37-51. Obtenido de <https://ken.pucsp.br/esp/article/download/9388/6960>
- ALCOVER, J., & colaboradores. (1992). *Efectos adversos de las ondas de choque. Tema monográfico LVII congreso nacional de urología*. Madrid: ENE.
- ALEIXANDRE BENAVENT, R., & AMADOR ISCLA, A. (2001). Problemas del lenguaje médico actual (II) . Abreviaciones y epónimos. *Papeles Médicos*, 10(4),

- 170-176. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/291754628\\_Problemas\\_del\\_lenguaje\\_medico\\_actual\\_II\\_Abreviaciones\\_y\\_eponimos](https://www.researchgate.net/publication/291754628_Problemas_del_lenguaje_medico_actual_II_Abreviaciones_y_eponimos)
- ALEIXANDRE BENAVENT, R., & AMADOR ISCLA, A. (s.f.). Problemas del lenguaje médico actual (I). Extranjerismos y falsos amigos. *Papeles Médicos*, 10(3), 144-149. Obtenido de <https://www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc6d3473127pm-10-3>
- ALKEN, P. y. (1981). Percutaneous stone manipulation. *The Journal of Urology*, 125:463.
- ALLONA ALMAGRO, A., PÉREZ SANZ, P., & MARTINEZ SALAMANCA, J. (2006). Tratamiento quirúrgico de la disfunción eréctil. En J. J. Cruz, & L. Sanz, *Tratado de Urología. (IV tomos)* (págs. 991-1003). Barcelona: Prous Science.
- ALONSO BERMÚDEZ, G., & TORRES PÉREZ, M. (2013). El Aula Magna de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 498-523. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n4/rhcm03413.pdf>
- ALONSO MARCOS, F., & CORTIÑAS ROVIRA, S. (2014). La pseudociencia como (des)información tóxica. Una taxonomía para comprender el fenómeno y sus manifestaciones. *Ámbitos. Revista internacional de comunicación*, 24, 1-13. Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/66871/institucional.us.es-La%20pseudociencia%20como%20desinformaci%3%b3n%20t%3%b3xica%20Una%20taxonom%3%ada%20para%20comprender%20el%20fen%3%b3meno%20y%20sus%20manifesta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ALVAR, M. (1976). *El dialecto riojano*. Madrid: Gredos.
- ALVAR, M. (1996). *Manual de dialectología Hispánica. El español de España*. Barcelona: Ariel.
- ALVAR, M., LLORENTE, A., BUESA, T., & ALVAR, E. (1979-1983). *Atlas lingüístico y etnográfico de Aragón, Navarra y Rioja*. Zaragoza: CSIC-Institución Fernando el Católico.
- ALVAREZ GONZALEZ, E. (1989). *Andrología. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- AMADOR ISCLA, A., & ALEIXANDRE BENAVENT, R. (2002). Problemas del lenguaje médico actual. (III) Gramática y estilo. *Papeles Médicos*, 11(1), 18-23. Obtenido de

[https://www.researchgate.net/publication/255622120\\_Problemas\\_del\\_lenguaje\\_medico\\_actual\\_III\\_Gramatica\\_y\\_estilo](https://www.researchgate.net/publication/255622120_Problemas_del_lenguaje_medico_actual_III_Gramatica_y_estilo)

- AMELAR, R. D. (1968). *Infertilidad en el varón*. Barcelona: Expaxs.
- ANDOLZ, R. (1977). *Diccionario aragonés*. Zaragoza: Librería General.
- ANGULO CUESTA, J. (2004). *Urología en imágenes*. Madrid: Luzán.
- ANGULO CUESTA, J. (2004). *Urología en imágenes*. Madrid: Luzán5.
- ANGULO CUESTA, J., & GARCÍA DíEZ, M. (2005). *Sexo en piedra. Sexualidad, reproducción y erotismo en época paleolítica*. Madrid: Luzán.
- ANGULO CUESTA, J., & GARCÍA DíEZ, M. (2006). Diversidad y sentido de las representaciones masculinas fálicas paleolíticas de Europa occidental. En *Actas Urol Esp* ; 30 (3) (págs. 254-267).
- ANGULO CUESTA, J., & GARCÍA DíEZ, M. (2007). El significado de la erección, la genitalidad y otras representaciones de índole urológico en el imaginario paleolítico. En *Arch. Esp. Urol.*, 60, 8 (págs. 845-858).
- ANTOÑANA CHASCO, P. (2018). Léxico popular de Viana. *Cuadernos de Etnología y Etnografía de Navarra (CEEN)*(92), 369-394.
- ARANA AMURRIO, J. I. (2015). *El médico, del templo al hospital*. Tres Cantos: You&Us.
- ARANA, J. I. (2019). Cyclán. *Laboratorio del lenguaje. Diario médico. Del 29/04/2019 al 05/05/2019*, 27.
- ARANA, J. I. (s.f.). Punto y aparte. Arrobo y embeleso. *Diario Médico*, 35.
- ARANGO TORO, O., PEYRI REY, E., & ÁLVAREZ-VIJANDE, R. (1998). *Lesiones vasculares cutáneas de los genitales masculinos*. Madrid: Jarpyo.
- ARANGO TORO, O., PEYRÍ REY, E., & CHECA VIZCAINO, M. A. (2004). *Patología de la uretra femenina y del vestibulo vaginal*. Barcelona: Glosa.
- ARNEDO FRANCO, F., & URBINA MERINO, A. (2000). *La Rioja, espacio y sociedad*. Logroño: Fundación Caja Rioja.
- ARRIBAS, M. (1993-1996). Serie Mito y Medicina. *Rev. Noticias Médicas*(6).
- ARRONDO, J., & POMEROL, J. (1994). Recuerdo anatomofisiológico del testículo y vía seminal. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 3-13). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- ARVIS, G. (1982 ). *La próstata. Sus enfermedades y su tratamiento*. Bilbao: Mensajero.
- ASIMOV, I. ((1982). *Enciclopedia biográfica de ciencia y tecnología*. Madrid: Alianza.

- ASSCHER, A., MOFFAT, D., & SANDERS, E. (1983). *Atlas fotográfico de enfermedades renales*. Barcelona: Doyma.
- AUDRY, C., DURAND, M., & NICOLAS, J. (s.f.). Tratamiento de las enfermedades cutáneas y venéreas. En G. A., & C. P., *Biblioteca de Terapéutica. Tomo XXVII*. Barcelona,: Salvat y C<sup>a</sup>.
- AYALA, C., & colaboradores. (1991). *Grañón: Estudio Etnogáfico*. Logroño: Gobierno de La Rioja – Ministerio de Asuntos Sociales.
- AYALA, C., & Cols. (1991). *Grañón: Estudio Etnogáfico*. Logroño: Gobierno de La Rioja – Ministerio de Asuntos Sociales.
- AYUSO ARROYO, P. P. (1992). *Una Historia de la Urología*. Madrid: International Marketing and Comunnication.
- AZNAR MARTÍNEZ, E. (2011). *El euskera en La Rioja. Primeros testimonios*. Pamplona: Pamiela.
- BALLESTEROS SAMPOL, J. (1995). El permanente reto de las estenosis de uretra. En *Cuadernos de urología. Año 5, n° 17*. Madrid: Editores médicos.
- BARÁIBAR Y ZUMÁRRAGA, F. (1903). *Vocabulario de palabras usadas en Álava (y no incluidas en el DLE 13.ª ed.)*. Madrid: Establecimiento tipográfico de Jaime Ratés.
- BASANTA ROMERO-VALDESPINO, A. (1998). *Léxico rural de Navarra. análisis de 60 mapas del ALEANR*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Filología, Departamento de Filología I. Servicio de Reprografía.
- BASSAS, L. (1994). Tratamiento médico de la disfunción eréctil. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 478-482 ). Barcelona: Ediciones Cieníficas y Técnicas .
- BAYO, A., & UCAR, A. (1994). Criptorquidia. En J. M. Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 234-239). Barcelona: Ediciones Cieníficas y Técnicas.
- BÉCQUER, G. A. (1981). *Antología de las mejores poesías españolas*. Barcelona: ANTALBE.
- BERIAN POLO, J. ((1992): ). Examen clínico y procedimientos diagnósticos en urología. En O. Leiva Galvis, L. Resel Estevez, & coords., *Urología Vesalio* (págs. 25-60). Madrid: ENE.
- BESSES, L. (1906). *Diccionario de argot español*. Barcelona: Sucesores de M. Soler. Obtenido de <http://books.google.com/books?id=jt4KMgSWthYC&oe=UTF-8>

- BHISHAGRATNA, K. K. (1903). *An English translation of The Sushruta Samhita*. Calcuta: Kashi Ghose's Labe. Obtenido de <https://archive.org/stream/englishtranslati01susruoft#mode/1up>
- BLOC, A. (2000). *La ley de Murphy para médicos*. Madrid: TEMAS DE HOY.
- BONO, A., & LOVISOLO, J. (2000). Quimioprofilaxis. En J. Vicente R., G. Chéchile, & J. Salvador, *Tumores vesicales superficiales* (págs. 145-163). Madrid: Acción Médica.
- BONO, A., & LOVISOLO, J. (2000). Quimioprofilaxis. En J. Vicente R., C. G., & S. J. (Edits.), *Tumores vesicales superficiales*. (págs. 145-163). Madrid: Acción Médica.
- BORAO, J. (2009[1908]). *Diccionario de voces aragonesas*. Valladolid: MAXTOR.
- BORDÉS GONZÁLEZ, R., MARTÍNEZ BELTRÁN, M., GARCÍA OLIVARES, E., & GUIADO BARRILAO, R. (1994). El proceso inflamatorio. *Revista de enfermería*(4). Obtenido de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/266/1994-5.pdf?sequence=1>
- BORDÉS GONZÁLEZ, R., MARTÍNEZ BELTRÁN, M., GARCÍA OLIVARES, E., & GUIADO BARRILAO, R. (1994). El proceso inflamatorio. (R. d. UCLM, Ed.) *Revista de enfermería*(4). Obtenido de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/266/1994-5.pdf?sequence=1>
- BOROBIA LÓPEZ, V. (1992). Historia de la Urología. En L. G. O., & R. E. L., *Urología Vesalio* (págs. 13-24). Madrid: ENE.
- BOROBIA LÓPEZ, V. (1992). Historia de la Urología. En O. Leiva Galvis, & L. Resel Estevez, *Urología Vesalio* (págs. 13-24). Madrid: ENE.
- BOTIRDETH TOSÍA, J. A. (1998). Citas sobre la salud y los médicos. *Revista Médica Hondureña*, 6(4), 179-180.
- BOTIRDETH TOSÍA, J. A. (1998). Citas sobre la salud y los médicos. *Revista Médica Hondureña*, 6(4), 179-180.
- BRAVO, J. (1962). Pasteurela. En V. Matilla, A. Pumarola, J. Bravo, J. Del Rey Calero, & R. Gómez Lus, *Microbiología y Parasitología* (págs. 323-334). Madrid: AMARO.

- BRAVO, J. (1962). Treponematáceas. En V. Matilla, A. Pumarola, J. Bravo, J. Del Rey Calero, & R. Gómez Lus, *Microbiología y Parasitología*. (págs. 473-482). Madrid: AMARO.
- BRAVO, J. (1973). Pasteurela. En V. Matilla, A. Pumarola, J. Bravo, L. Del Rey Calero, & R. Gómez, *Microbiología y Parasitología* (págs. 323-334). Madrid: AMARO.
- BRENOT, P. H. (1994). *Male impotence a historical perspective*. L'Éprit du Temps .
- BRENOT, P. H. (1994). *Male impotence a historical perspective*. L'Éprit du Temps.
- BRINK, A. (1980). Havelock Ellis: eros and explanation. En P. Grosskurth, *Havelock Ellis: a Biography* (Vol. 100, págs. 59-64). Russell: the Journal of Bertrand Russell Studies. Obtenido de <https://doi.org/10.15173/russell.v0i1.1217>
- BRINK, A. (1980). Havelock Ellis: eros and explanation (review of Phyllis Grosskurth, *Havelock Ellis: a Biography*). *Russell: the Journal of Bertrand Russell Studies*(100), 59-64. Obtenido de <https://doi.org/10.15173/russell.v0i1.1217>
- BROSETA, E., BUDÍA, A., BURGUÉS, J., & JIMENEZ CRUZ, J. (2004). *Urología Practica*. Valencia: Tirant lo blanch.
- BROSETA, E., BUDÍA, A., BURGUÉS, J., & JIMENEZ CRUZ, J. (2004). *Urología Practica*. Valencia: Tirant lo blanch.
- BRUGUERA, M. (2005). Breve diccionario de los epónimos utilizados en hepatología. *Gastroenterología-Hepatología*, 28(7), 426-432. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-breve-diccionario-los-eponimos-utilizados-13077764>
- BUESA OLIVER, T. (1984). Afinidades entre las hablas alavesas, riojanas y navarro-aragonesas. *La formación de Álava. 650 aniversario del Pacto de Arriaga (1332-1982)*. Congreso de Estudios Históricos, (págs. 129-165). Vitoria.
- BUZEK, I. (2008). *Anotaciones del proyecto tesoro léxico del caló*. Obtenido de Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcgb2k4>
- BUZEK, I. (2016). *La imagen del gitano en la lexicografía española*. Brno: Masarykova Univerzita.
- CAMPA, F. P. (1885). *Tratado completo obstetricia*. Valencia: Pascual Aguilar. Obtenido de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12978/2/b11177846\\_0002.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12978/2/b11177846_0002.pdf)

- CAMPILLO VALERO, D. (2011). La trepanación prehistórica en la Península Ibérica. En A. González Martín, & cols., *Paleopatología: ciencia multidisciplinar* (págs. 1-24). Obtenido de <https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11403/5675>
- CAMPILLO, D. (1987). Las enfermedades del hombre primitivo. En A. Albarracín Teulón, *Historia de la enfermedad* (págs. 26-34). Madrid: SANED.
- CAMPILLO, D. (1987). Las enfermedades del hombre primitivo. En A. Teulón Albarracín, *Historia de la enfermedad* (págs. 26-34). Madrid: SANED.
- CAMPILLO, D. (1993). *Paleopatología. Los primeros vestigios de la enfermedad* (Vol. II). Barcelona: Fundación Uriach.
- CAMPILLO, D. (1993). *Paleopatología. Los primeros vestigios de la enfermedad* (Vol. 2). Barcelona: Fundación Uriach.
- CAMPS i SALAT, R. (s.f.). *Diccionario medico. Inglés-español/español-inglés. Terminología, abreviaturas y dibujos anatómicos*. Edimsa.
- CARBALLIDO RODRÍGUEZ, J. (2006). Tratamiento médico de la hiperplasia benigna de próstata. En J. Cruz Jiménez, & L. Sanz Rioja, *Tratado de Urología* (Vol. 4, págs. 1643-1654). Barcelona: Prous Science.
- CARBONELL BASSET, D. (2000). *Gran diccionario del argot el soez*. Barcelona: Larousse.
- CARRETERO GONZÁLEZ, P. (1992). Trasplante renal. En O. Leiva Galvis, & L. Resel Estevez, *Urología Vesalio* (págs. 641-657). Madrid: ENE.
- CARRILLO, J. L., & TORRES, M. P. (1982). *Ibn Al-Baytar y el arabismo español del XVIII (en español, árabe y latín)*. Benalmádena: Ayuntamiento de Benalmádena.
- CARTER, D. W. (2020). Manual MSD. *Quemaduras*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/lesiones-y-envenenamientos/quemaduras/quemaduras>
- CASADO DE FRIAS, E. (1975). *Lecciones de pediatría*. Zaragoza: Talleres Gráficos "La Editorial".
- CASTAÑER MARTIN, R. (1993). Caracterización dialectal de La Rioja. *Actas del XIX Congreso Internacional de Lingüística y Filología Románicas* (págs. 35-56). A Corña: Fundación Barrié.
- CASTAÑER MARTÍN, R. M. (2003). Léxico común y léxico especializado: unas notas sobre las denominaciones del umbral y del dintel. En T. Blesa, & M. A. Martín Zorraquino, *Homenaje a Gaudioso Giménez Resano. Miscelánea de estudios*

- lingüísticos y literarios* (págs. 145-155). Zaragoza: Institución «Fernando el Católico».
- CASTELLANOS, J. (1996). Prólogo. En Á. Rodríguez Cabezas, & M. I. Rodríguez Idígoras, *Historia ilustrada de la Medicina* (págs. 9-10). Málaga: Algazara.
- CASTILLO de LUCAS, A. (1987). *Refranes de medicina*. Orense: ESSE.
- CASTRO, A. (1991). *Glosarios latino-españoles de la Edad Media*. Madrid: CSIC.
- CELA, C. J. (1969). *Diccionario secreto. I. Series Coleo y afines*. Madrid-Barcelona: Alfabuara.
- CELA, C. J. (1971). *Diccionario secreto. II. Serie pis y afines*. Madrid-Barcelona: Alfabuara.
- CERVANTES SAAVEDRA, M. d. (1615). *El juez de los divorcios*. Madrid: Viuda de Alonso Martín. Obtenido de <http://miguelde.cervantes.com/pdf/EI%20Juez%20de%20los%20Divorcios.pdf>
- CHATELAIN, L., DENIS, L., FOO, J., & Cols. (2001). Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men. En *Recommendations of the International Scientific Committee* (págs. 519-534). París: Health Publication Ltd.
- CHAUSSY, C., BRENDEL, W., & SCHMIEDT, E. (1980). Extracorporeally induced destruction of Kidney stones by shock waves. *Lancet*, 2(1265-1268).
- CIFUENTES DELATTE, L. (1981). *Cirugía Urológica Endoscópica. 2ª Edición*. Madrid: Paz Montalvo.
- CILLERO ULECIA, A. (1975). *Una cuenca desconocida: El Najerilla*. Logroño: Ochoa.
- CIRUGÍA ROBÓTICA DA VINCI*. (s.f.). Obtenido de <http://www.icirugirobotica.com/cirugia-robotica-da-vinci>
- COLLADO SERRA, J., RUBIO BRIONES, J., & RICOS TORRENT, J. (2006). Generalidades sobre los tumores vesicales. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 1851-1881). Barcelona: Prous Science.
- COLLADO-VÁZQUEZ, S., & CARRILLO, J. (2014). La trepanación craneal en Sinuhé, el Egipcio. *Neurología*, 29(7), 433-440. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485311002568>
- Consumo, M. d. (Ed.). (9 de Octubre de 2006). BOE. *Orden SCO/3358(261)*. Obtenido de <https://www.boe.es/eli/es/o/2006/10/09/sco3358>



- COOLSAET, B. (1999). *El pincel del amor. Vida y obra del pene*. Galaxia Gutenberg - Círculo de Lectores.
- COROMINAS, J., & PASCUAL, J. A. (1980-1991). *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico*. Madrid: Gredos.
- Corpus del Proyecto para el estudio sociolingüístico del español de España y de América*. (2014). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Obtenido de <http://preseea.linguas.net>
- CORTÉS, P. (2006). *Diccionario de sinónimos y antónimos*. Madrid: Espasa Calpe.
- COSTA, P. (1987). La enfermedad en el antiguo Egipto. En A. Albarracín Teulón, *Historia de la enfermedad*. Madrid: SANED.
- COWEN, D. L., & HELFAND, W. H. (s.f.). *Historia de la farmacia*. N.C. Doyma.
- CÓZAR OLMO, J. M. (2015). El urólogo hoy. En J. I. de Arana Amurrio, *El médico del templo al hospital* (págs. 87-88). Tres Cantos: You&Us.
- CRUZ, N. (2011). *Tratado de andrología y medicina sexual*. Madrid: Panamericana.
- CULEBRAS, J. M., & FRANCO-LOPEZ, A. (2018). The first human Kidney transplantation. *Journal. Rincón de la Historia*, 730-747. Obtenido de <https://revistas.proeditio.com/index.php/jonnpr/article/view/2560/citacion2560>
- CURTIS NICKEL, J., & Cols. (2010). *Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950766/>
- DE GORDONIO, B. (1697). *El lilio de medicina*. (A. Gonçalez de Reyes, Ed.) Madrid. Obtenido de [https://play.google.com/books/reader?id=\\_UMkRaldxeAC&hl=es&pg=GBS.PP1](https://play.google.com/books/reader?id=_UMkRaldxeAC&hl=es&pg=GBS.PP1)
- DE LA ROSA, S. (Año 2). Urgencias urológicas en la infancia. *Cuadernos de urología*(7), pp.15-19.
- DE PINA, L. (2017). Juramentos Médicos. A propósito de oração ética de Assafe. En A. María Rancich, & R. J. Gelpi, *Juramentos Médicos*. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida, Universidad Central de Chile.
- del Águila Hermosín Bono, M. (1996). *Tratados Hipocráticos: «Juramento», «aforismos», «sobre el arte», «sobre el médico» y «preceptos»*. Madrid: Alianza.
- DEL CAÑO CASTILLO, M., & ORTELLS ABUYÉ, N. (2013). Globo vesical en paciente con Alzheimer avanzado. *Revista Electrónica de Portales*

- Medicos.com*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/globo-vesical-paciente-alzheimer-avanzado>
- DEL RÍO, J. A. (2006). Palabra de riojano: Un ciudadano ejemplar. *La Rioja*. Obtenido de [http://www.larioja.com/prensa/20061221/rioja\\_region/ciudadano-ejemplar\\_20061221.html](http://www.larioja.com/prensa/20061221/rioja_region/ciudadano-ejemplar_20061221.html)
- DELGADO PEREIRA, H. (1971). Orquitis y epididimitis. En F. A. Hugues, & H. Schenone, *Urología Práctica* (págs. 934- 935). Buenos Aires: Rx Inter- médica.
- DÍAZ, F. (1588). *Tratado nuevamente impreso, de todas las enfermedades de los riñones, vexiga, y carnosidades de la verga, y urina*. Madrid: A.E.U.
- DÍAZ-RUBIO GARCÍA, M. (2012). *Diccionario de términos médicos*. Médica Panamericana.
- DÍAZ-RUBIO, M., DEVESA MEDINA, M. J., & ÁLVAREZ SÁNCHEZ, Á. (2014). *Las “máquinas” de diagnosticar y sus inventores*. Tres Cantos: You &Us.
- DICCIONARIO DE TERMINOLOGÍA MÉDICA INGLÉS-ESPAÑOL*. (1996). Barcelona: Grupo Boehringer Ingelheim.
- Diccionario de uso del español. Edición electrónica -Versión 2.0-. A partir del Diccionario de uso del español de María Moliner*. (2001). Madrid: Editorial Gredos.
- Diccionario dialectal Peraêo*. (s.f.). CACERES. Obtenido de <https://raicesdeperaleda.com/diccionario/usagre/p-290>
- DICCIONARIO DIALECTAL PERAÊO*. (s.f.). Obtenido de <https://raicesdeperaleda.com/diccionario/listado/idioma/per>
- DICCIONARIO INGLÉS-ESPAÑOL DE TÉRMINOS UROLÓGICOS*. (2001). Madrid: ENE.
- DICCIONARIOS del Dr. de PANDO*. (s.f.). Obtenido de Diccionarios autonómicos. 105-Soria:  
<http://www.diccionariosdigitales.com/GLOSARIOS%20y%20VOCABULARIO S/Diccionarios%20Autonomicos-105-SORIA-Vocabulario.htm>
- DIEZ FLÓREZ, A. (2019). El enemigo y el extranjero en el arte egipcio: un estudio iconográfico. (J. M. Salvador González, & M. Corassa da Silva, Edits.) *Mirabilia Ars. Metáforas y Símbolos en la Historia del Arte*(11), 1-25. Obtenido de [https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/ars/pdfs/01.\\_diez\\_florez.pdf](https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/ars/pdfs/01._diez_florez.pdf)

- DIÓGENES, L. (1962). *Vidas de filósofos ilustres*. Barcelona: Iberia. Obtenido de <http://www.loa.org.ar/espacioDetalle.aspx?ID=643c19bc-178e-4774-b1fb-1b3fef7d4a91>
- DLE. (s.f.). Obtenido de <https://dle.rae.es/>
- DOMINGUEZ BRAVO, C. (1998). Epidemiología. En C. Dominguez Bravo, & Cols., *Carcinoma epidermoide de pene. Actualizaciones temáticas en urología* (págs. 11-29). SL, Madaus.
- DURÁN SACRISTÁN, H. (2012). *Diccionario de términos médicos*. Médica Panamericana.
- ECHAIDE, A. M., & SARALEGUI, C. (1972). *El habla de Anguiano*. Logroño: Instituto de estudios riojanos. Servicio de Cultura de la Excma. Diputación Provincial de Logroño.
- ECHAVARRÍA, f. M. (1807). *Diccionario etimológico de voces provinciales de la Rioja*. Logroño: IER.
- ECO, U. (1985). *Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Barcelona: GEDISA.
- EGGENER, S. E., & Cols. (2009). Evaluación multiinstitucional de la vigilancia activa en el cancer de próstata de bajo riesgo. (M. Trends, Ed.) *The Journal of Urology*, 1(1), 39-45.
- ELÍAS PASTOR, L. V., & MUNTIÓN HERNÁEZ, C. (1989). *Los pastores de Cameros*. Logroño: Gobierno de La Rioja.
- ELÍAS, L. V. (1985). *Memorias de un pastor riojano. El pan en La Rioja*. Logroño: Cajarioja.
- ELÍAS, L. V., & ROHMER, E. (1989). *Por las cocinas de Cameros*. El Molino (Sorzano): Edición del Centro de Investigación y Animación Etnográfica.
- ENCICLOPEDIA DE LA RIOJA* (Vols. I-IV). (1983). Logroño: H.E.S.A.
- España, B. N. (2021). Hemeroteca digital. Madrid. Obtenido de <http://hemerotecadigital.bne.es>
- España, R. A. (2012). *Diccionario de términos médicos (DTM)*. Médica Panamericana. Obtenido de <https://www.ranm.es/terminolog%C3%ADa-m%C3%A9dica/diccionario-panhispanico-de-terminos-medicos.html>
- ESPUELA ORGAZ, R. (1995). Utilidad de los ultrasonidos en urología. En *Clínicas Urológicas de la Complutense* (Vol. 3, págs. 227-265). Madrid : Complutense.

- Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2038495&orden=1&info=link>
- ESPUELA, R., & Cols. (1990). *Ecografía transrectal de próstata: evaluación actual*. Arch Esp Urol.
- ESTORS SASTRE, B., & Cols. (2015). Exposición a disruptores endocrinos y otros factores paternos en la etiología del hipospadias y la criptorquidia. *Cir Pediatr*, 128-132. Obtenido de [https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2015\\_28-3\\_128-132.pdf](https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2015_28-3_128-132.pdf)
- ETXEBERRIA, F. (2008). La paleopatología, una ciencia dinámica en España. Orígenes y expectativas. *Historie des sciences médicales*, XLII(2), 149-152. Obtenido de <https://www.ehu.es/documents/1970815/2421082/Etxeberria%2C+F.+La+paleopatolog%C3%ADa+una+ciencia+din%C3%A1mica.pdf/98b57a70-4152-44da-b34d-7443e8fdee2a?t=1403096558000>
- EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. (2018). Alarmante baja conciencia de la urología en toda Europa. Obtenido de <https://urologyweek.org/content/uploads/Press-release-Spanish-1.pdf>
- FAIRY, G. (22 de mayo de 2016). *Ancient Origins*. Obtenido de Peines y lendreras de hace miles de años: la lucha contra los piojos en el antiguo Egipto: <https://www.ancient-origins.es/noticias-historia-arqueologia/peines-lendreras-hace-miles-%C3%B1os-la-lucha-contralos-piojos-el-antiguo-egipto-003469>
- FARRERAS VALENTI, P., & ROZMAN, C. (1975). *Medicina interna*. Barcelona: MARIN.
- FARSTAD, W. (2000). Cubrición e inseminación artificial en el perro. En G. M. Simpson, G. C.W. England, M. Harvey, & Ed., *Manual de reproducción y neonatología en pequeños animales* (págs. 125-137). Barcelona: Ediciones S.
- FERNÁNDEZ DE BOBADILLA, F. (1950-51). *Vocabulario arnedano*(16;17), 595-602;127-143.
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, A. (2000). Francisco de Somovilla: Eminente cirujano urólogo en el Renacimiento. *Zubía*(12), 103-110. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/298168.pdf>
- FERNÁNDEZ-ARIAS, M., & Cols. (2014). El proceso de producción de “Étude sur le Rein des Urinaires”, tesis doctoral de Joaquin Albarrán en la Facultad de Medicina de París. *Actas Urológicas Españolas*, 38(1), 41-48.

- Fernández-Ordóñez, I. (2005). Corpus Oral y Sonoro del Español Rural. Obtenido de <http://www.corpusrural.es>
- FERRER PUGA, M. (2012). La urticaria y angioedema. En D. M. Dr. José Manuel Zubeldia, *Libro de las enfermedades alérgicas de la fundación BBVA*. Obtenido de <https://www.fbbva.es/alergia/alergia-en-la-piel/la-urticaria-y-el-angioedema/>
- FISCHAESS, C., OTERO, S., MORRISON, R., & HAESSLER, I. (2003). *Inglés médico*. Barcelona: Blatt medic.
- FLORES GUERRERO, P., & Cols. (1998). *Mundo*. Madrid: S.M.
- FONTÁN BARREIRO, R., & GÓMEZ-ESPELOSÍN, J. (1998). Antes de la historia. En P. Flores Guerreros, & Cols., *Mundo, historia*. Madrid: SM.
- FORNÉS RUIZ, J. (1996). Presentación. En Á. Rodríguez Cabezas, & M. I. Rodríguez Idígoras, *Historia ilustrada de la Medicina* (pág. 7). Málaga: Algazara.
- FOSTER, H., BARRY, M., DAHM, P., & Cols. (2018). Surgical management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia: AUA Guideline. (A. Journals, Ed.) *J Urol*, 200: 612. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.juro.2018.05.048>
- FOURNIER, J. (1883). Gangrene foudroyante de la verge. *Sem Med*(3), 345.
- FRADEJAS RUEDA, J. M. (1997). *Fonología histórica del español*. Madrid: VISOR LIBROS.
- FRAGO GRACIA, J. A. (1976). Notas sobre las relaciones entre el léxico riojano y el navarro-aragonés. *Berceo*(91), 261 287.
- FRAILE HUERTAS, R., & MONTEAGUDO MORENO, F. (2004). “*Homo impotens*”. *La impotencia: crónica y protagonistas*. Tres Cantos: You and Us.
- FRANCO DE CASTRO, A., & CARRETERO GONZALEZ, P. (1996). *Manual de ecografía urológica*. Barcelona: Pulso.
- FREDOTOVICH, N. M. (2005). Recopilaciones sobre una práctica quirúrgica vergonzante: la castración». *Revista Argentina de Urología*, 70(1). Obtenido de <https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/download/3183/3127>
- FRESQUET, J. L. (2003). Joaquín Albarrán y Domínguez (1860-1912). *Historia de la medicina. Biografías*. Obtenido de <https://www.historiadelamedicina.org/albarran.html>
- FREYER, P. (1912). One Thousand cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. (T. B. Journal, Ed.) *The British Medical Journal*, 2(2701), 868-870.

- FUENTES CAÑIZARES, J. (2008). Presencia del caló en el léxico. *Revista del Folklore*(329), 147-161.
- GALOPPO, C. (s.f.). *Colestasis intrahepática familiar progresiva (pfc)*. Obtenido de [https://www.sap.org.ar/docs/organizacion/Grupos/hepato/05\\_2001.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/organizacion/Grupos/hepato/05_2001.pdf)
- GANCEDO RODRÍGUEZ, V. A. (2006). *Historia de la anestesia quirúrgica y aportación española más relevante*. Barcelona: Reial Acadèmia de Doctors.
- GARANGER, J. (2002). *La prehistoria en el mundo*[Nueva edición de «La Prehistoria» de André Leroi-Gourhan]. Tres Cantos: ALKAL. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/i18n/consulta/registro.do?id=75768>
- GARAT, J. (1994). Torsión de testículo e hidátide. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 687-692). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- GARAT, J., & GOSALBEZ, R. (1987). *Urología pediátrica*. Barcelona: Salvat.
- GARAT, J., & RUIZ DE TEMIÑO, M. (1994). Anomalías del desarrollo del aparato genital masculino. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 757-786). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- GARCÉS, F. (1993). *Antología de batallas en el camino de Santiago*. Logroño: PEVISA.
- GARCIA ANDREVA, F. (2011). Aportaciones filológicas a la documentación emilianense altomedieval. *Archivo de Filología Aragonesa*(67), 237-263.
- GARCÍA BALLESTER, L. (1987). La enfermedad en Galeno. En A. Albarracín Teulón, *Historia de la enfermedad* (págs. 133-141). Madrid: SANED.
- GARCÍA DE DIEGO, V. (1950). El castellano como complejo dialectal. *RFE*, XXXIV, 107-124.
- GARCÍA DE DIEGO, V. (1978). *Manual de dialectología española*. Madrid: Ediciones cultura hispánica del centro iberoamericano de cooperación.
- GARCÍA GUAL, I. C., LARA NAVA, M. D., LÓPEZ FÉREZ, J. A., & CABELLOS ÁLVAREZ, B. (1983). *Tratados hipocráticos*. Madrid: Biblioteca Clásica Gredos.
- GARCÍA MONTESINOS, M. (2003). El urólogo en el equipo médico-quirúrgico en los espectáculos taurinos». En S. Napal Lecumberri, *Heridas urológicas por asta de toro* (págs. 121-122). Evidencia Médica.

- GARCÍA MOUTON, P. (2011). Sobre fronteras entre variedades castellanas y atlas lingüísticos. En R. De Andres Díaz, *Lengua, ciencia y fronteras 2011* (págs. 69-89). Oviedo: TRABE.
- GARCÍA PÉREZ, R. (1987). La enfermedad en la cultura semita. En A. Albarracín Teulón, *Historia de la enfermedad* (págs. 80-87). Madrid: SANED.
- GARCÍA PRADO, J. (1952). La Rioja, como región geográfica. *Berceo*(23), 321-344.
- GARCÍA PRADO, J. (1982). *El reino de Nájera*. Logroño: Ochoa.
- GARCÍA PRADO, J., & GOICOECHEA ROMANO, C. (1946). *Lecturas Riojanas*. Logroño: Torroba.
- GARCÍA TURZA, C. (1975). *Matute y su léxico I. Labores agrícolas*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos.
- GARCÍA TURZA, C. (1992). El léxico de la flora en Matute (La Rioja). *Berceo*(123), 9-29.
- GARCÍA TURZA, C. (2017). La génesis y los orígenes históricos del español. *Asociación Amigos de San Millán*(19), 6-9.
- GARCIA-BORRÓN, J. (2015). *Soldados, marineros y lengua española*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- GARCÍA-OCHOA DEL FRESNO, C. (1999). Utilidad actual de los bancos de semen. Aspectos legales. En J. Arondo Arondo, *Actualización en andrología* (págs. 162-171). Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- GARGALLO GIL, J. (2004). *Habla y cultura popular en el Rincón de Ademuz*. Madrid: CSIC, Anejos de la Revista de Filología Española.
- GASTON, R. (s.f.). Obtenido de <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/14532/no-hay-futuro-sin-robot.html>
- GEORGE RAY, C. (1991). Parotiditis. En J. D. Wilson, & Cols., *Harrison. Principios de medicina interna* (Vol. 2, págs. 841-844). México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana.
- GEORGE, N., & SAMBROOK, P. (1992). *Ilustraciones diagnósticas en Urología*. Madrid: McGRAW-HILL-Interamericana de España.
- GIL, L. (1998). Las curaciones del Nuevo Testamento. *Cuadernos De Filología Clásica. Estudios Griegos E Indoeuropeos*, 8,9. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/CFCG/article/view/CFCG9898110009A>

- GIL, M., & GIL, P. (2006). Cáncer de próstata resistente al tratamiento hormonal. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (Vol. IV, págs. 2071-2090). Barcelona: Prous Science.
- GIL, P. (2006). Tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (Vol. IV, págs. 2021-2038). Barcelona: Prous Science.
- GOICOECHEA, C. (1961). Vocabulario riojano. En *Anejo VI del BRAE*. Madrid.
- GOLDFARB, D. A., NALLY, J. V., & SCHREIBER, M. J. (2005). Etiología, patogenia y manejo de la insuficiencia renal. En P. C. Walsh, & Cols., *Campbell urología* (págs. 294-335). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- GÓMEZ LUS, R. (1960-1962). Acción de los quimioterápicos y antibióticos. En V. Matilla, A. Pumarola, J. Bravo, J. Del Rey Calero, & R. Gómez Lus, *Microbiología y Parasitología* (págs. 87-98). Madrid: AMARO.
- GÓMIZ LEÓN, J., & Cols. (2014). Neologismos quirúrgico-urológicos precoces advertidos en la Dissertación titulada Si sea practicable la Lithotomía (1736) expuesta ante la Regia Sociedad de Sevilla por Luis Montero. *LXXIX Congreso Nacional de Urología*, (pág. Poster nº176). Tenerife.
- GONZÁLEZ BACHILLER, F. (1984). El habla ceriverana y el navarro aragonés. *Piedralén*(3), 22-23.
- GONZÁLEZ BACHILLER, F. (1985). De léxico ceriverano. *Piedralén*(5), 24-27.
- GONZÁLEZ BACHILLER, F. (1992). Vocabulario del cáñamo y sus labores en Cervera del Río Alhama (La Rioja). *Berceo*(122), 7-38.
- GONZÁLEZ BACHILLER, F. (1997). *Aspectos fonéticos de la toponimia riojana actual*. Logroño: Servicio de Publicaciones-Universidad de La Rioja.
- GONZÁLEZ BACHILLER, F. (2002). *Hablar riojano. Comentarios sobre voces riojanas*. Logroño: Radio Rioja – Caja Navarra.
- GONZÁLEZ BACHILLER, F. (2003). Navarro y riojano yasa, vasco jasa: ¿paleoeuropeo \*isa / \*aisa. *Fontes linguae vasconum studia el documenta. Separata, Año XXXV*(94).
- GONZÁLEZ BACHILLER, F. (2015). *El léxico característico de Cervera del Río Alhama*. Logroño: IER.
- GONZÁLEZ BACHILLER, F., & MANGADO MARTÍNEZ, J. J. (1999). *En Román paladino*. Logroño: IER y Santos Ochoa.



- GONZÁLEZ BLANCO, A. (1987). *Diccionario de toponimia actual de La Rioja*. Murcia: Universidad de Murcia-Instituto de Estudios Riojanos. Obtenido de [https://books.google.com/books/about/Diccionario\\_de\\_toponimia\\_actual\\_de\\_La\\_Ri.html?id=Xo\\_MygEACAAJ](https://books.google.com/books/about/Diccionario_de_toponimia_actual_de_La_Ri.html?id=Xo_MygEACAAJ)
- GONZÁLEZ OLLÉ, F. (1962). *Los sufijos diminutivos en castellano medieval*. Madrid: CSIC.
- GONZÁLEZ OLLÉ, F. (1964). *El habla de la Bureba. Introducción al castellano actual de Burgos*. Madrid: RFE.
- GONZÁLEZ PARENTE, V. (2020). Breve estudio lingüístico de la localidad riojana de Alfaro. *Graccurreis. (Revista de estudios alfareños)*, 31,71-85.
- GONZALO BERGASA, D. (1982). *La Rioja y sus tierras*. Logroño: Diputación de La Rioja.
- GOODWIN, W., CASEY, W., & WOOLF, W. (1955). PERCUTANEOUS TROCAR (NEEDLE) NEPHROSTOMY IN HYDRONEPHROSIS. *Journal of the American Medical Association*(157), 891.
- GORDAZLIZA APARICIO, F. R. (1988). *Vocabulario palentino. Recuento de vocabulario de la provincia de Palencia*. Palencia: Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Palencia.
- GOVANTES BETES, J. y. (1990). *Manual Normon*. Madrid: Laboratorios Normon.
- GOVANTES, A. C. (1846). *Diccionario geográfico-histórico de España. Sección II*. Madrid: Imprenta de los Sres. Viuda de Jordán e hijos.
- GRAHAM GUERREIRO, W., & DEVINE, C. J. (1986). *Traumatismos urológicos*. Barcelona: Medici.
- GRAYHACK, J. T. (1986). Nefrectomía. En J. F. Glenn, *Cirugía urológica* (págs. 61-85). Barcelona: Salvat.
- GUILLÉN ARENAS, R. M. (2015). Cráneos prehistóricos con evidencia de trepanación en Andalucía. *Revista Atlántica-Mediterránea*(17), 105-112. Obtenido de <https://revistas.uca.es/index.php/rampas/article/view/2255/2086>
- GUIURBINO, C. (2011). *Cien años. Asociación Española de urología*. Salerno: Momento Médico.
- Guru, B. (2021). Diccionario de argot. Obtenido de <https://buho.guru/dict/argot/flete>
- GUTIERREZ RODILLA, B. M. (1998). *La ciencia empieza en la palabra. Análisis e historia del lenguaje científico*. Barcelona: Península.

- GUTIÉRREZ VÁZQUEZ, I., DOMÍNGUEZ MAZA, A., & ACEVEDO MARILES, J. (2003). Fisiopatología del síndrome urémico. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*, 6(1), 13-24.
- HAAG, H. (1981). *El problema del mal*. Barcelona: Herder.
- HAJDU, S. I. (2007). A Note from History: Samuel D. Gross of Philadelphia: Pathologist, Surgeon, and Medical Historian. *Annals of Clinical & Laboratory Science*, 37(1), 102-104. Obtenido de <http://www.annclinlabsci.org/content/37/1/102.full>
- HEGARTY, P., & FITZPATRICK, J. M. (2001). Estrategias terapéuticas medicamentosas. En J. Vicente R., *Hiperplasia benigna de próstata* (págs. 221-233). Madrid: Acción Médica.
- HEIZEL, F. P., & ROOT, R. K. (1991). Introducción a las enfermedades infecciosas. En J. D. Wilson, & Cols., *Principios de medicina interna* (Vol. 2, págs. 529-533). México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana.
- HELGUERA CASTRO, M., & NÁGERA SALAS, P. (1990). Una cala en el vocabulario hondo de Tierra de Campos, Paredes de Nava. *Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses*(61), 499-540.
- HERNÁNDEZ ALONSO, C. (2001). *Diccionario del Castellano*. Valladolid: ÁMBITO.
- HERNÁNDEZ ALONSO, C., & HOYOS HOYOS, C. (2001). *Diccionario del castellano tradicional*. Valladolid: Ámbito.
- HERNÁNDEZ DE LA ROSA, Y., & MORENO-MARTÍNEZ, F. L. (Jul-Sep de 2012). Las siglas en el lenguaje médico. *CorSalud*, 4(3), 148-150. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2012/cor123a.pdf>
- HERNÁNDEZ DE LA ROSA, Y., LÓPEZ DÍAZ, L., & LÓPEZ RODRÍGUEZ, E. F. (2020). Terminología y escritura en tiempos de COVID-19. *CorSalud*, 12(2), 184-188. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v12n2/2078-7170-cs-12-02-184.pdf>
- HERNANDEZ RODRIGUEZ, M. V. (1995). Reproducción en perros y gatos. En A. García Sacristán, *Fisiología veterinaria* (págs. 969-986). Aravaca: McGRAW-HILL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- HERRAIZ DEL OLMO, F. (2006). Resonancia magnética en urología. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (Vol. IV, págs. 291-318). Barcelona: Prous Science.

- HERRANZ AMO, F., VERDÚ TARTAJÓ, F., & MARTÍNEZ SALAMANCA, J. I. (2006). Cáncer de próstata y ecografía transrectal. *Arch. Esp. Urol.*, 59(4). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0004-0614&lng=es&nrm=iso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=0004-0614&lng=es&nrm=iso)
- HERRERO, J. L. (s.f.). *El fichero léxico del habla de Soria*. UNED. Centro Regional de Soria. Obtenido de <http://www.sandovaldelareina.com/documentos/habla/el-fichero-lexico-del-habla-de-soria.pdf>
- HERVAS i PUYAL, C., & CAHISA i MUR, M. (2003). L' anestesia a la Revista de Cirurgia de Barcelona. *Gimbernat: Revista de Cirurgia de Barcelona*, 39, 201-210. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7117444&orden=0&info=link>
- HERVAS PUYAL, C. (1986). *Tesis Doctoral: La anestesia en Cataluña. Historia y evolución (1847-1901)*. Universitat de Barcelona. Departament de Medicina. Obtenido de <https://www.tdx.cat/handle/10803/2300>
- HEWITT, D. (2000). Fisiología y endocrinología del macho. En G. M. Simpson, G. C.W. England, & M. Harvey, *Manual de reproducción y neonatología en pequeños animales* (págs. 79-90). Barcelona: Ediciones S.
- HIDALGO NAVARRO, A., & QUILIS MERÍN, M. (2012). *La voz del lenguaje: fonética y fonología del español*. Valencia: TIRANT HUMANIDADES.
- HINOSTROZA F., J. A. (2009). *Reseña histórica de la urología (mundial y local)* . Obtenido de <https://www.urologosdechile.cl/urologi/wp-content/uploads/2018/05/maqueta-libro-1.pdf>
- HIPÓCRATES. (1818). *Aforismos*. Madrid: Repullés. Obtenido de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1080023997/1080023997>
- HIPÓCRATES. (1904). *Aforismos y pronósticos*. (A. Zozaya, Trad.) Valladolid: MAXTOR.
- HIPÓCRATES. (1983). Aforismos. En C. García Gual, & cols. (Edits.), *Tratados Hipocráticos* (Vol. 1). Madrid: Gredos.
- HUGGINS, C. (1942). Cáncer de próstata. *An. de cirugía (versión en castellano de Ann.of surg.)*, 1:298.
- HUGGINS, C., & C.V., H. (2002). Studies on prostatic cancer: I. The effect of castration, of estrogen and of androgen injection on serum phosphatases in metastatic carcinoma of the prostate. 1941. *J Urol*, 168(1), 948-951. Obtenido de <https://cancerres.aacrjournals.org/content/1/4/293.full-text.pdf>

- IBORRA JUAN, I., SOLSONA NARBÓN, E., & CASNOVA RAMÓN-BORJA, J. (2006). Tratamiento de los tumores vesicales infiltrantes. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (Vol. IV, págs. 1909-1942). Barcelona: Prous Science.
- INSAUSTI CORDÓN, J. L. (1985). *Crónica de cincuenta congresos*. Madrid: REYCOSA.
- INSTITUTO DE ESPAÑA. (2005). *Académicos numerarios del instituto de españa (1938-2004)*. Madrid. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.ranf.com/es/consulta/registro.do?id=12415>
- IPIENS, A., SOLCHAGA, A., & PONZ, M. (1994). Traumatismos del Pene. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 732-736). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A.
- IRIBARREN, J. M. (1984). *Vocabulario navarro*. Pamplona: Institución Príncipe de Viana.
- IRIBARREN, J. M. (2015). *El porqué de los dichos*. Barcelona: Ariel.
- JAIME VALOR, S. (2020). «“Vivir como un canónigo”». Estereotipos y realidades de los componentes de una élite social y económica del Antiguo Régimen. En F. GARCÍA GONZÁLEZ, *La Historia Moderna en la Enseñanza Secundaria. Contenidos, métodos y representaciones* (págs. 591-601). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- JIMENEZ CRUZ, F. (2001). *25 años de investigación española en urología a través de las tesis doctorales*. Madrid: A.E.U.
- JIMENEZ CRUZ, J. F., & DONOSO, V. (1996). *Diagnóstico y tratamiento de la recidiva en los tumores urológicos*. Madrid: Aula médica.
- JIMENEZ CRUZ, J., & Cols. (1986). *Endourología del tramo urinario superior. Ponencia oficial al LI Congreso Nacional de Urología. Valdemoro*. Madrid: ENE.
- KALAYDJIEV, S. (2004). *Orquitis Secundaria a Paperas y Anticuerpos Antiespermatozoides*. Colección Trabajos Distinguidos, Serie Infección (Vol. 7). Obtenido de <http://www.siicsalud.com/des/td/expertosinfecto75.pdf>
- KIENYKE. (2017). *Lluvia dorada, un secreto en la intimidad*. Obtenido de <https://www.kienyke.com/sexualidad/lluvia-dorada-un-secreto-en-la-intimidad>
- KIRBY, R., & Cols. (1996). *Textbook of benign prostatic hyperplasia*. Oxford: Isis Medical Media.

- LABAT, R. (1951). *Traité akkadien de diagnostics et pronostics médicaux*. Paris: Leiden: Académie Internationale d'Histoire des Sciences. Obtenido de <https://archive.org/details/traitakkadiended0000laba>
- LAERCIO, D. (1962). *DEMÓCRITO DE ABDERA. Biografía. Vidas de filósofos ilustres*. Barcelona: Iberia. Obtenido de <http://www.loa.org.ar/espacioDetalle.aspx?ID=643c19bc-178e-4774-b1fb-1b3fef7d4a91>
- LAGUNA, M., ARCE-ALCÁZAR, A., & DE LA ROSETE, J. (2006). Tratamiento quirúrgico e instrumental de la hiperplasia benigna de próstata. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 1665-1681). Barcelona: Prous Science.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1941). *Medicina e historia*. Madrid: Escorial.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1964). La relación medico-enfermo. Historia y teoría. *Revista de Occidente*. Obtenido de <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria>
- LAÍN ENTRALGO, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1985). Homenaje a J. Albarrán. En J. Insausti Cordón, *Crónica de cincuenta congresos*. Madrid: REYCOSA.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1985). Homenaje a Joaquin Albarrán. En J. Insausti Cordón, *Crónica de cincuenta congresos*. Madrid: REYCOSA.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1987). La enfermedad en el Corpus Hippocraticum. En A. Albarracín Teulón, *Historia de la enfermedad* (págs. 118-125). Madrid: SANED.
- LALINDE GONZALEZ, J.-Á. (2008). *El léxico de Aguilar del Río Alhama e Inestrillas*. Burgos: Monte Carmelo.
- LAMBERTI, M. (2014). Teología, religión y religiosidad en la Segunda Parte del Quijote. En E. MARTÍNEZ MATA, & M. FERNÁNDEZ FERREIRO, *Comentarios a Cervantes: Actas selectas del VIII Congreso Internacional de la Asociación de Cervantistas, Oviedo, 11-15 de junio de 2012* (págs. 406-414). Oviedo: Fundación María Cristina Masaveu Peterson.
- LARA PEINADO, F. (1986). *El Código de Hammurabi*. Madrid: Tecnos.
- LARA PEINADO, F. (2005). Hammurabi de Babilonia, príncipe piadoso. *Isimu: Revista sobre Oriente Próximo y Egipto en la antigüedad*, 8, 127-134. Obtenido de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/3529>

- LEAL LÓPEZ, A. (1998). Traumatismos de uretra. En F. G. Matilla, *Patología urogenital de urgencia* (págs. 51-56). Madrid: ENE.
- LEIVA GALVIS, O. (1992). Tumores de pene y escroto. En O. Leiva Galvis, & L. Resel Estevez, *Urología Vesalio* (págs. 521-534). Madrid: ENE.
- LEIVA GALVIS, O. (1992). Tumores de testículo. En O. Leiva Galvis, & L. Resel Estevez, *Urología Vesalio* (págs. 495-519). Madrid: ENE.
- LEIVA GALVIS, O., ANGULO CUESTA, J., & GONZÁLEZ GARCÍA, J. (2003). *Hipertrofia prostática benigna*. Madrid: AEU y MSD.
- LIZARDO, F. (1974). *Danzas y bailes folklóricos dominicanos*. Santo Domingo (República Dominicana): TALLER. Obtenido de <https://embajada-assets-prod.s3.eu-west-3.amazonaws.com/docs/Danzas%20y%20bailes%20folkloricos%20dominicanos.pdf>
- LLAVERO RUIZ, E. (s.f.). *Ibn al-Baytar*. Obtenido de Diccionario Biográfico electrónico: <http://dbe.rah.es>
- LLORENTE MALDONADO DE GUEVARA, A. (1965). *Algunas características lingüísticas de La Rioja en el marco de las hablas del valle del Ebro y de las comarcas vecinas de Castilla y Vasconia* (Vol. XLVIII). RFE. Obtenido de <https://xn--revistadefilologiaespaola-uoc.revistas.csic.es/index.php/rfe/article/view/892/1262>
- LOMBO MONTAÑES, A. (2014). El graffiti fálico. Un análisis de ejemplos encontrados en la ciudad de zaragoza. *Educación artística: revista de investigación (EARI)*, 111-125. Obtenido de <https://ojs.uv.es/index.php/eari/article/view/3151>
- LOMBO MONTAÑÉS, A. (2014). El graffiti fálico. Un análisis de ejemplos encontrados en la ciudad de Zaragoza. *Educación artística: revista de investigación*, 111-125. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.7203/eari.5.3151>
- LÓPEZ DE GUEREÑU, G. (1958). *Voces alavesas*. Vitoria: Academia de la Lengua Vasca. Obtenido de [http://www.euskaltzaindia.eus/dok/iker\\_jagon\\_tegiak/32008.pdf](http://www.euskaltzaindia.eus/dok/iker_jagon_tegiak/32008.pdf)
- LÓPEZ IBOR, J. J. (1973). *El libro de la vida sexual*. Barcelona: Danae.
- LÓPEZ, A. (2018). *Ya está el listo que todo lo sabe de SEXO*. Madrid: Curiosex.
- LORÉN, S. (1975). *Manual de Historia de la medicina y de la profesionalidad médica*. Zaragoza: Anatole.

- LORENZO GÓMEZ, M., & RESEL FOLKERSNA, L. (2002). *La especialización urológica en la unión europea. Tema monográfico LXVII Congreso Nacional de Urología*. Madrid: ENE.
- LOVACO CASTELLANO, F., FERNANDEZ GONZALEZ, I., & SERRANO PASCUAL, A. (2006). Tratamiento endoscópico de la litiasis. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 1517-1552). Barcelona: Prous Science.
- LUIS, M. A., & PUCCIARELLI, H. M. (1996). La trepanación craneana. Una práctica frecuente en América Precolombina. *Revista Museo*(7), 71-76. Obtenido de [https://www.academia.edu/26471864/Antropolog%C3%ADa\\_simb%C3%B3lica\\_pasado\\_y\\_presente](https://www.academia.edu/26471864/Antropolog%C3%ADa_simb%C3%B3lica_pasado_y_presente)
- MADOZ, P. (1846-1850). *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar* (Vol. XVI). Madrid: P. Madoz y L. Sagasti. Obtenido de <http://www.bibliotecavirtualdeandalucia.es/catalogo/es/consulta/registro.cmd?id=6353>
- MAGANTO PAVÓN, E. (1994). *Vida y Hechos del licenciado Martín de Castellanos (¿1545-1614)*. Madrid: Grafisur.
- MAGANTO PAVÓN, E. (2000). *Historia biográfica y bibliográfica de la urología española*. Madrid: Edicomplet.
- MAGANTO PAVÓN, E., & CLEMENTE RAMOS, L. (2000). Sociedad Española de Urología. En M. Iniesta, *Homenaje al Médico del siglo XX* (págs. 234-252). Barcelona: Zendera Zariquiey.
- MAGANTO PAVÓN, E., & PÉREZ ALBACETE, M. (2002). *Historia biográfica y bibliográfica de de la urología española en el siglo XX*. Madrid: Edicomplet.
- MAGAÑA, J. (1948). Contribución al estudio del vocabulario de La Rioja. *RDTP, IV*, 266-303.
- MALUMBRES MARTÍNEZ, M., & PÉREZ FAUSTE, M. (1996). Estudio preliminar del habla alfareña. *Graccurreis*(5), 307-334.
- MANGADO MARTÍNEZ, J. J. (2001). *El habla de Sartaguda (Navarra). Su léxico específico*. Pamplona: Gobierno de Navarra / Ayuntamiento de Sartaguda / Caja de Navarra.
- MANGADO MARTÍNEZ, J. J., & PONCE DE LEÓN, A. (2007). *El léxico específico de Alberite*. Logroño: I.E.R.
- MANRIQUE, G. (1965). Vocabulario popular de la provincia de Soria. *R.D.T.P., 21*.

- MANSO DE ZÚÑIGA, G. (1948). Modalidades de La Rioja Alta. *Berceo*(6), 37-42.
- MANUAL MSD - *Comprensión de términos médicos*. (1998-2021). Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/resourcespages/medical-terms>
- MARCELINO OTHARÁN, E. (2002). *Diccionario de abreviaturas, acrónimos, siglas y símbolos médicos*. Barcelona: MAYO.
- MARÍN ROYO, L. (2006). *El habla en la Ribera de Navarra*. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- MARÍN, J., OLLER, E., & ARRONDO, J. (1994). Estudio peneano con Doppler. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 441-446). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- MARTÍN CURTO, L., COYA VIÑA, J., & LASA PÉREZ, D. (2006). Medicina nuclear en urología. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 333-346). Barcelona: Prous Science.
- MARTÍNEZ EZQUERRO, A. (1994). *El léxico de la flora en Alfaro (La Rioja)*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos.
- MARTÍNEZ EZQUERRO, A. (1995). Aproximación al léxico de la vinificación tradicional en La Rioja. *Berceo*(129), 9-39.
- MARTÍNEZ EZQUERRO, A. (1996). Denominaciones populares de plantas silvestres. *Revista de Folklore de Valladolid*(178), 132-142.
- MARTÍNEZ EZQUERRO, A. (1996). El léxico de los hongos en La Rioja Baja. *Revista de Folklore de Valladolid*(190), 116-118.
- MARTÍNEZ EZQUERRO, A. (1996). *La investigación social desde un enfoque filológico: notas de dialectología Riojana*. Logroño: Gobierno de La Rioja - IER.
- MARTÍNEZ EZQUERRO, A. (1997). Denominaciones populares de las especies frutales en Alfaro (La Rioja). *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, Tomo LII(cuad. 2.º), 5-54.
- MARTÍNEZ EZQUERRO, A. (1998). Caracterización del léxico de la flora alfareña. *Berceo*(134), 7-20.
- MARTINEZ EZQUERRO, A. (2004). *Diccionario de voces riojanas*. Nueva Rioja S.A.
- MARTÍNEZ MIER, G., & TOLEDO-PEREYRA, L. H. (2001). Charles Brenton Huggins: Cirujano, científico y Premio Nobel. *Cirujano general. Historia de la cirugía*, 23(3), 194-203. Obtenido de <https://1library.co/document/lq5lokgz-charles-brenton-huggins-cirujano-cientifico-y-premio-nobel.html>



- MARTÍNEZ SAN CELEDONIO, M. (1980). *Diccionario de la lengua calahorrana*. Calahorra: Autor Editor.
- MARTÍNEZ-LAGOS GALLEGO, S. (2007). La lengua viva de Oyón a través de sus útiles tradicionales. *Interlingüística*(17), 718-726. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2317653.pdf>
- MATÍAS GARCÍA, J., COLOM FEIXAS, S., & SUÁREZ NOVO, J. (1998). Tumores urológicos en la infancia. En L. Resel Estévez, *Urología: libro del residente* (págs. 177-196). Madrid: ENE.
- MAYAYO DEHESA, T., RODRÍGUEZ-PATRÓN RODRÍGUEZ, R., & SANZ MAYAYO, E. (2006). Estudio ultrasonográfico del aparato urogenital. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 205-235). Barcelona: Prous Science.
- MC CALLUM, R. (1981). La uretra masculina adulta. *Clínica radiológica. (Progresos en Uroradiología)*, 5(1), 81-106.
- MC CLENNAN, B. L. (1981). Criterios actuales respecto al enfermo azoémico. *Progresos en Uroradiología*, 5(1), 35-57.
- MENÉNDEZ AULLÓ, L. (2001). *La medicina del siglo XX*. Madrid: Diario Médico.
- MENÉNDEZ PIDAL, R. (1926). *Orígenes del español*. Madrid: Imprenta de la librería y casa editorial Henando.
- MENÉNDEZ PIDAL, R. (1958). *La lengua de Cristóbal Colón*. Madrid: ESPASA-CALPE.
- MENÉNDEZ PIDAL, R. (1982). *Manual de Gramática Histórica Española*. Madrid: Espasa Calpe. Obtenido de <https://filologiaunlp.files.wordpress.com/2013/06/41297427-manual-de-gramatica-historica-espanola-menendez-pidal.pdf>
- MERINO URRUTIA, J. J. (1949). *El folklore en el Valle de Ojacastro*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1949). *El folklore en el Valle de Ojacastro*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1951). El vascuence en la Rioja y Burgos. *Berceo*(20), 331-335.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1954). Vocabulario de palabras recogidas en el valle de Ojacastro. *RDTP, X*, 323-330.

- MERINO URRUTIA, J. J. (1954). Vocabulario de palabras recogidas en el valle de Ojacastro. *RDTP, X*, 323-330.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1962). *El vascuence en la Rioja y Burgos*. San Sebastián: Biblioteca vascongada de los amigos del país.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1968). Como se creo la provincia de Logroño en el año 1833. *Berceo*(80), 279-284.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1968). *El río Oja y su comarca*. Logroño: Publicaciones de la Diputación de Logroño.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1973). Vocabulario de la cuenca del río oja. *Berceo*(85), 228-282. Obtenido de <http://www.vallenajerilla.com/berceo/merinourrutia/vocabulariocuencaoja.htm>
- MERINO URRUTIA, J. J. (1974). Historia de la presencia del vascuence en la Rioja. *Berceo*(87), 237-244.
- MERINO URRUTIA, J. J. (1978). *La lengua vasca en la Rioja y Burgos*. Logroño: IER.
- MERINO y URRUTIA, J. J. (1968). *El río Oja y su comarca*. Logroño: Excm.Diputación de Logroño.
- MICHELENA, L. (1987-2005). *Diccionario general vasco*. Bilbao: Real Academia de la Lengua Vasca.
- MILLIN, T. (1945). Retropubic prostatectomy: A new extravesical technique. *Lancet*, 246(6379), 693-696.
- MILLIN, T. (2002). Retropubic prostatectomy: A new extravesical technique report on 20 cases. *J.Urol*(167: ), 976-979.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1 de Noviembre de 2006). Orden SCO/3358/2006, de 9 de octubre. *BOE*(261). Obtenido de <https://www.boe.es/eli/es/o/2006/10/09/sco3358>
- MOLINER, M. (1990). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- MOLINER, M. (2007[1990]). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- MONTAYA REPES, A. (2009). *Toponimia, etimología y vocabulario de Santurde de Rioja*. Bilbao: Imprenta Guimerá.
- MONTERO CARTELLE, E. (2016). Alfano y Constantino el Africano: la formación de la lengua médica. *Revista de estudios latinos*(16), 119-129. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5756061.pdf>

- MONTOYA CHINCHILLA, R., & Cols. (2013). Urofilias: aproximación clinicoterapéutica a propósito de un caso de una vela intravesical. *Rev Int Androl*, 11(2), 70-74. Obtenido de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1698031X13000083&r=412>
- MONTOYA JIMENEZ, J. R., & GABARRI VIERA, I. (2010). *La lengua romaní en España desde el siglo XVIII hasta nuestros días*. Madrid-Logroño.
- MONTOYA JIMENEZ, J. R., & GABARRI VIERA, I. (2010). *La lengua romaní en España desde el siglo XVIII hasta nuestros días*. Madrid-Logroño.
- MORALES DE SETIÉN Y GARCÍA, J. (1982). *Los árabes en La Rioja*. Logroño: IER.
- MORENO TORRES, A. (2000). *Aproximación al léxico de la Anatomía y de la Urología en romance en el siglo XVI*. Universidad de Murcia. Obtenido de <https://www.tesisenred.net/handle/10803/10947>
- NAPAL LECUMBERRI, S. (1996). *El libro blanco del varón*. Salamanca: Amarú.
- NAPAL LECUMBERRI, S. (2003). Introducción. En S. Napal Lecumberri, *Heridas urológicas por asta de toro* (págs. 9-24). Evidencia Médica.
- NAPAL LECUMBERRI, S. (2003). *La Andropausia Evitable. Guía de superación del envejecimiento masculino. Eternamente jóvenes. Mito o realidad*. Evidencia Médica.
- NAPAL LECUMBERRI, S., & HUALDE ALFARO, A. (2011). *Todo lo que los varones debieran conocer sobre la próstata*. Evidencia Médica.
- NAVAL, J. (2009). *Tratado médico-quirúrgico de las enfermedades de las Vías de la Orina: En el que se manifiestan los más bellos descubrimientos de nuestros días* (Edición facsímil de la obra original editada en 1799 ed., Vol. 1). Madrid: Asociación Española de Urología.
- NAVARRO TOMÁS, T. (1932). Manual de pronunciación española. *Revista de filología española*.
- NAVARRO, F. (2008). Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español. *Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 55-59. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6465373>
- NAVARRO, F. A. (1996). Palabras francesas de traducción engañosa en medicina. *Medicina Clínica*(106), 417-426. Obtenido de [https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n39-tradyterm\\_NavarroF.pdf](https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n39-tradyterm_NavarroF.pdf)

- NAVARRO, F. A. (2013,2014,2015). *Palabras francesas de traducción compleja o engañosa en medicina*. Obtenido de [https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n41\\_traduterm\\_navarro.pdf](https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n41_traduterm_navarro.pdf)
- NEEDHAM, J. (1983). *Science and Civilization in China, VII* (Vol. 5:2). Cambridge: Cambridge University.
- NESBIT, R. (1943). Transurethral prostatectomy. *Rev Mex Urol*(35), 349-362.
- NESBIT, R. (1946). *Prostatectomía Transuretral (versión castellana)*. Springfield: Charles G. Thomas. Pub.
- NETTER, F. H. (1979). *Colección Ciba de ilustraciones médicas*. Barcelona: Salvat.
- NEU, H. C. (1991-12). Tratamiento y profilaxis de las infecciones bacterianas. En J. D. Wilson, & cols., *Harrison. Principios de medicina interna* (págs. 566-582). México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana.
- NOGUER MOLINS, L., & BALCELLS GORINA, A. (1976). *Exploración clínica práctica*. Barcelona: CIENTÍFICO-MÉDICA.
- PACHECO-MENDOZA, B., & RENDÓN-MACÍAS, M. (2016). Hipospadias, un problema pediátrico. *Rev Mex Pediatr*, 83(5), 169-174.
- PAJUELO MERINO, M. (2005). *El habla de Badarán (La Rioja)*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- PALOU, J. (2000). Inmunoterapia en el carcinoma transicional superficial de vejiga. En J. Vicente R., G. Chéchile, & J. Salvador (Edits.), *Tumores vesicales superficiales* (págs. 175-189). Madrid: Acción Médica.
- PARDO ASSO, J. (1938). *Nuevo diccionario etimológico aragonés*. Zaragoza: Imprenta del Hogar Pignatelli.
- PAREDES GARCÍA, F., ALVARO GARCÍA, S., NÚÑEZ BAYO, Z., PAREDES ZURDO, L., & Instituto Cervantes. (2012). *El libro del español correcto. Claves para hablar y escribir bien en español*. Barcelona: Espasa Libros.
- PARRA SEPÚLVEDA, D. A. (Noviembre de 2014). La evolución ético-jurídica de la responsabilidad médica. *Acta bioeth.*, 20(2 ). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200008>
- PARSONS, J., DAHM, P., KÖHLER, T., & Cols. (2020). Surgical management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia: AUA Guideline amendment 2020. *The Journal of Urology*(204), 799-804.
- PASTOR BLANCO, J. (2004). Caracteres lingüísticos de La Rioja (i): claves fónicas y claves morfosintácticas. *Berceo*(146), 7-65.

- PASTOR BLANCO, J. M. (1998). *El léxico pastoril en la comunidad de Valles del Alto Najerilla*. Logroño: Universidad de La Rioja - Servicio de Publicaciones.
- PASTOR BLANCO, J. M. (2001). *El habla de los valles riojanos de Canales, del Brieva y del Urbión*. Logroño: IER.
- PASTOR BLANCO, J. M. (2003). Un vocabulario de riojanismos inédito. *Kalakorikos*(8), 297-309.
- PASTOR BLANCO, J. M. (2004). El habla en el valle del jubera. *Berceo*, 7(146), 65.
- PASTOR BLANCO, J. M. (2004). *Nuevos materiales para el estudio del léxico de las hablas riojanas*. Logroño.
- PASTOR BLANCO, J. M. (2004). *Tesoro léxico de las hablas riojanas*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- PASTOR BLANCO, J. M. (2010). *El castellano hablado en La Rioja*. Logroño: Ediciones Emilianenses.
- PELLICI, G. (1982). *Iterurológico*. Madrid: Zambelletti-España.
- PEÑA, E. d. (1962). *Tumores del aparato genito urinario*. Madrid: Montecorvo.
- PEREIRA ARIAS, J. G., & Cols. (2017). Estado actual de la litotricia extracorpórea por ondas de choque en la litiasis urinaria. *Arch. Esp. Urol.*, 70(2), 1-25.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2000). La urología en el Renacimiento y en el Barroco. En E. Maganto Pavón, *Historia biográfica y bibliográfica de la urología española* (págs. 43-127). Madrid: Edicomplet.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2005). *100 figuras de la urología española*. Murcia: A.E.U.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2007). Introducción al desarrollo y evolución de la urología española. *Archivos Españoles de Urología*, 60(8), 835-842. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v60n8/editorial.pdf>
- PÉREZ ALBACETE, M. (2007). La urología durante el renacimiento. *Revista de Urología*, 8(1), 4-13.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2015). *Diccionario histórico de urólogos españoles*. Madrid: Asociación Española de Urología.
- PÉREZ ALBACETE, M., TORNERO RUIZ, J., & LÓPEZ CUBILLANA, P. (2008). Desarrollo de la nefrectomía durante el siglo XIX y su introducción en España. *Actas Urol. Esp.*, 32(2), 172-178.
- PÉREZ ALBACETE, M., TORNERO RUÍZ, J., SERVER PASTOR, G., & PONCE DE LEÓN, I. (2007). Participación española en los congresos de la Sociedad Internacional de Urología en el siglo XX. *Arch. Esp. Urol.*, 60(8), 1029-1046.

- PEREZ ALONSO, A. (1971). *Historia de la Real Abadía-Santuario de Nuestra Señora de Valvanera, en La Rioja*. Gijón: Tipo-Offset La Industria.
- PESCADOR MARTÍN, M. (2001). *Viagra. Claves de la campaña de comunicación que convirtió a este fármaco en un fenómeno social*. Bilbao: Ediciones Deusto.
- PHARIES, D. (2002). *Diccionario etimológico de los sufijos españoles*. Barcelona: Gredos.
- PIERCE, J. (Mayo de 1989). Disruptions of the anterior urethra. *Urol Clin North Am.*, 16(2), 329-334.
- PIMULIER, F. S. (1967). *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina, cirugía y especialidades*. Madrid: Alonso.
- PIMULIER, F. S. (1967). *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina, cirugía y especialidades*. 2ª ed. Madrid: Alonso.
- PINTO, P. A., & MELLINGER, B. C. (1999). VPH en el varón. *Clínicas Urológicas de Norteamérica. Infecciones en Urología*, 4/1999, 841-852.
- PIULACHS, P. (1973). *Lecciones de patología quirúrgica. Generalidades*. Barcelona: Toray.
- POMEROL MONSEY, J., & ARRONDO ARRONDO, J. (1994). *Práctica Andrológica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- POMEROL, J. (1994). Conceptos generales y organización de una unidad de reproducción humana. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 14-19). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- PONCE DE LEÓN, J. (2001). Tratamientos alternativos instrumentales. En J. Vicente, *Hiperplasia benigna de próstata* (págs. 203-218). Madrid: Acción Médica.
- Pons, S. (2019). *Corpus Val.Es.Co 2.1*. Obtenido de <http://www.valesco.es/corpus>
- PONTONES MORENO, J., ALAPRONT ALACREU, J., & JIMÉNEZ CRUZ, J. (2006). Tratamiento del carcinoma vesical superficial. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 1883-1908). Barcelona: Prous Science.
- POTENZIANI BIGELLI, J. C. (2006). *Historia de la Urología*. Moore de Venezuela C.A. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/233604255/Historia-de-la-Urologia-Dr-Julio-Cesar-Potenziani-Bigelli>
- POTENZIANI BIGELLI, J. C. (Julio-Septiembre de 2007). Circuncisión - Historia de la circuncision y su trascendencia en las diferentes culturas de la humanidad. (C. Aoün Soulie, & L. Briceño-Iragorry, Edits.) *VITAE Academia Biomédica Digital*, X(32), 307-389. Obtenido de

- <https://medicinainternaaldia.files.wordpress.com/2014/07/historia-de-la-circuncisic3b3n.pdf>
- PRIETO PRIETO, J. (2011). Sulfamidas, una difícil trayectoria. *Revista española de quimioterapia*. Obtenido de <https://seq.es/curiosidades-en-la-historia-de-los-antimicrobianos/sulfamidas-una-dificil-trayectoria/>
- PUIGVERT, A., & POMEROL, J. (1994). Tratamiento farmacológico intracavernoso. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 483-489). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- PUMAROLA, A. (1969). Acción de los agentes físicos y químicos sobre la bacterias. Desinfección. En V. Matilla, A. Pumarola, J. Bravo, J. Del Rey Calero, & R. Gómez Lus, *Microbiología y Parasitología* (págs. 71-85). Madrid: AMARO.
- RAMÍREZ PASCUAL, T. (2006). *La Rioja: su origen y etimología. De cómo Santo Domingo de la Calzada nos trajo Rioja a La Rioja*. Santo Domingo de La Calzada. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2361153.pdf>
- RAMÍREZ, A. G. (1996). Dialectología y Sociolingüística. En M. Alvar, *Manual de dialectología Hispánica. El español de España* (págs. 37-48). Barcelona: Ariel.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (s.f.). *Banco de datos (CORDE)*. Obtenido de Corpus diacrónico del español: <http://www.rae.es>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (s.f.). *Banco de datos (CREA)*. Obtenido de Corpus de referencia del español actual: <http://www.rae.es>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA Y ASOCIACIÓN DE ACADEMIAS DE LA LENGUA ESPAÑOLA. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es>
- Real Academia Nacional de Medicina de España. (2012). *Diccionario de términos médicos (DTM)*. Médica Panamericana. Obtenido de <https://www.ranm.es/terminolog%C3%ADa-m%C3%A9dica/diccionario-panhispanico-de-terminos-medicos.html>
- REMÍREZ ARANZADI, G. (2018). *Vocabulario o glosario de términos y voces que conforman la expresión y el lenguaje de hombres y mujeres de la villa de Sorzano*. Logroño: Pisamar.
- REQUENA, L., & REQUENA, C. (1998). *Erosiones y úlceras genitales. Piel* (Vol. 3). Barcelona: Doyma.

- RESEL ESTÉVEZ, L., MOHAMED MOHAMED, Z., & CANO REVILLA, F. (1985). *Criptorquidia: diagnóstico y pautas médico-quirúrgicas. Ponencia oficial al L Congreso Nacional de Urología*. Madrid: ENE.
- RIBERO-MENESES, J. M. (2004). *El fraude de la cuna riojana del Castellano*. Peñacastillo (Santander): Ediciones de Cámara.
- RICO, F. (2009). *Mil años de poesía española*. Barcelona: BackList.
- RIOJA ZAZU, J., ROSELL COSTA, D., & SAIZ SANZI, A. (2006). La tomografía por emisión de positrones en urología. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 319-331). Barcelona: Prous Science.
- RIOJA, L., & GIL, M. (2006). Tratamiento hormonal del cáncer de Próstata. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 2055-2069). Barcelona: Prous Science.
- RIVAS, S., & Cols. (2011). Simplificación del tratamiento quirúrgico del pene oculto. *Actas Urológicas Españolas*, 35(5), 310-314.
- ROBRES MEDEL, O. (2007). *Topónimos del Rioja. Nombres con 'denominacion de origen'*. Belezos. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2252129>
- RODRÍGUEZ CABEZAS, Á., & RODRÍGUEZ IDÍGORAS, M. I. (1996). *Historia ilustrada de la Medicina*. Málaga: Algazara.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (2002). *Lenguaje y contracultura juvenil: anatomía de una generación*. Barcelona: Ariel.
- RODRÍGUEZ HERMOSA, J., & Cols. (Febrero de 2001). Gangrena de Fournier. *Cirugía española*, 69(2), 128-135. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X01717101>
- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, M. C. (2018). *La traducción de las ciencias farmacéuticas (francés-español) el prospecto de medicamentos para uso humano. Análisis contrastivo-tractológico basado en corpus*. Universidad de Málaga. Obtenido de [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/17383/TD\\_RODRIGUEZ\\_MARTINEZ\\_Manuel\\_Cristobal.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/17383/TD_RODRIGUEZ_MARTINEZ_Manuel_Cristobal.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- RODRIGUEZ RINCÓN, J. P. (1998). Diagnóstico y estadiaje. En C. Dominguez Bravo, & Cols, *Carcinoma epidermoide de pene. Actualizaciones temáticas en urología* (págs. 38-44 ). Madaus.



- RODRIGUEZ VELA, L., ESPILEZ ORTIZ, R., & GONZALVO IBARRA, A. (2006). Tratamiento médico de la disfunción eréctil. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 965-989 ). Barcelona: Prous Science.
- ROMERO AGUIRRE, F. (1977). *Urología clínica*. Zaragoza: Francisco Romero Aguirre.
- ROMERO REVERON, R. (2007). Andreas Vesalius (1514-1564). Fundador de la Anatomía Humana Moderna. *International Journal of Morphology*, 25(4), 847-850. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022007000400026](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022007000400026)
- ROS MENDOZA, L., RIAZUELO FANTOVA, G., & GÓMEZ PEREDA, R. (2006). Tomografía computarizada en Urología. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 259-290). Barcelona: Prous Science.
- ROSA KERMAN, F. d., MEDINA POLO, J., & GARCÍA GÓMEZ, B. (2013). *Epónimos en urología*. Madrid: YOU&US.
- ROSELLÓ, M. (1994). Prótesis de pene. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica Andrológica* (págs. 511-523). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- ROTELLAR, E. (1977). *Insuficiencia renal aguda*. Barcelona: Médica y Técnica.
- ROVIRA BARBERÁ, M. (1989). *Clasificación de diagnósticos clínicos y procedimientos en urología y andrología*. Universidad de Valencia. Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica.
- RUIZ CERDÁ, J., & JIMENEZ CRUZ, J. F. (2006). Tumores del parénquima renal. En J. Jiménez Cruz, R. Sanz, & L.A., *Tratado de Urología* (págs. 1791-1827). Barcelona: Prous Science.
- RUIZ MARCELLÁN, F., & IBARZ SERVIO, L. (2007). Historia de la litotricia por ondas de choque en España. *Arch.Esp.Urol. Historia de la urología española*, 60(8), 1003-1008.
- RUIZ MARCELLÁN, F., IBARZ SERVIO, L., & SALINAS DUFO, D. (2006). Litotricia extracorpórea por ondas de choque. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 1553-1566). Barcelona: Prous Science.
- RUIZ SOLDEVILLA, V. (1995). *Díjulos y motes catones*. Autol: Ayuntamiento de Autol.
- RUIZ SOLDEVILLA, V. (2019). *Diccionario catón*. Autol: Ayuntamiento de Autol.

- RUIZA, M., FERNÁNDEZ, T., & TAMARO, E. (2004). *Biografía de Demócrito de Abdera*. Obtenido de Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/democrito.htm>
- RUIZA, M., FERNÁNDEZ, T., & TAMARO, E. (2004). *Biografía de Edward Donnall Thomas*. Obtenido de En Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea: [https://www.biografiasyvidas.com/biografia/t/thomas\\_edward\\_donnall.htm](https://www.biografiasyvidas.com/biografia/t/thomas_edward_donnall.htm)
- RUIZA, M., FERNÁNDEZ, T., & TAMARO, E. (2004). *Biografía de Eugène Dubois*. Obtenido de Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea: [https://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/dubois\\_eugene.html](https://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/dubois_eugene.html)
- RUIZA, M., FERNÁNDEZ, T., & TAMARO, E. (2004). *Biografía de Georg Ernst Stahl*. Obtenido de Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/s/stahl.htm>
- RUIZA, M., FERNÁNDEZ, T., & TAMARO, E. (2004). *Biografía de Gerhard Domagk*. Obtenido de Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/domagk.htm>
- RUIZ-ROMERO, J., SARQUELLA, J., & RUIZ-CASTAÑÉ, E. (1993). Patología infecciosa del contenido escrotal y diagnóstico diferencial con otros procesos inflamatorios intraescrotales. En J. M. Pomerol Monsey, & J. L. Arrondo Arrondo, *Práctica andrológica* (págs. 643-663). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- S. GRANJEL, L. (1967). El saber urológico de los cirujanos españoles renacentistas. *Medicina e Historia, I*(33). Obtenido de <http://www.fu1838.org/pdf/33-1.pdf>
- SABATER, B. (2011). *Excesos del experimentalismo*. Obtenido de <http://www3.uah.es/bartolomesabater/EXPERIMENTALISMO.pdf>
- SÁEZ, C. (2010). *Sexo en las cavernas*. Obtenido de <https://cristinasaez.wordpress.com/2010/12/21/sexo-en-las-cavernas>
- SÁEZ, C. (2011). *El Sexo de la Edad de piedra*. Obtenido de <https://cristinasaez.files.wordpress.com/2011/03/1203-sexo-prehistoria-1.pdf>
- SÁNCHEZ DE OROPESA, F. (2014[1594]). *Discurso del doctor Francisco Sanchez de Oropesa para averiguar q[ue] mal de urina sea el q[ue] padece Diego Anriquez Leon su amigo y compadre: en que incidentalmente se tratan las cosas que parecieron dificultosas i de mas consideraciõ...* Madrid: Asociación Española de Urología.

- SÁNCHEZ GONZÁLEZ DE HERRERO, M. N. (2001). El habla de la Rioja alavesa. *Boletín de la Institución Sancho el Sabio*, 21, 143-231.
- SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, C. (2009). *Protocolo docente*. Urología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Obtenido de [https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/file/3945/download?token=xA\\_Zd2iF](https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/file/3945/download?token=xA_Zd2iF)
- SÁNCHEZ SÁNCHEZ, F. (2007). *Mitos en disfunción eréctil*. Barcelona: Mayo.
- SANZ RUIZ, A. (2017). *Factores que influyen en los resultados de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria por tratamiento de cáncer de próstata*. Universidad de Salamanca.
- SARALEGUI, C., & TABERNERO, C. (2001). *Navarrismos en el Diccionario de la Real Academia Española*. Pamplona: Institución Príncipe de Viana (Gobierno de Navarra).
- SCABUZZO, C. (2009). *El Santo Prepucio y su extraña historia*. Obtenido de La Terminal, ida y vuelta a la realidad: <https://laterminalrosario.wordpress.com/2009/04/20/el-santo-prepucio-y-su-extrana-historia>
- Scott, A., Khan, K. M., Cook, J. L., & Duronio, V. (2003). What is “inflammation”? Are we ready to move beyond Celsus? *British Journal of Sports Medicine (BJSM)*, 248-249. Obtenido de <https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/38/3/248.full.pdf>
- SECO, M. (1988-1999). *Diccionario de dudas y dificultades de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe.
- SEGURA MARTÍN, M., LORENZO ROMERO, J., & SALINAS SÁNCHEZ, A. (1998). Hematuria. En R. Estévez, & Luis, *Urología: libro del residente* (págs. 45-50). Madrid: ENE.
- SERRANO LARRÁYOZ, F. (2015). *Léxico médico y farmacológico en lengua vulgar y latina de la documentación cortesana navarra (siglos XIV-XV)*. Arre (Navarra): Pamiela.
- SIGMAN, M., & JAROW, J. P. (2005). Infertilidad masculina. En P. C. Walsh, & Cols., *Campbell Urología* (págs. 1615-1676). Buenos Aires: Médica Panamericana.

- SILMI, A. (1988). Historia de los ultrasonidos. Actualización del diagnóstico ecográfico en Urología. *Ponencia oficial al LIII Congreso Nacional de Urología*, (págs. 9-11 ). Bilbao.
- SIMÓN, A. I. (2018). *Las mil maneras de decir 'follar' en España*. Obtenido de <https://www.vice.com/es/article/7xd7qq/formas-de-decir-follar-en-espanol>
- SMITH, E. A., & WOODARD, J. R. (2005). Síndrome de abdomen en ciruela pasa. En P. C. Walsh, & Cols., *Campbell urología* (págs. 2309-2328). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- SMITH-AGREDA, V., & FERRES-TORRES, E. (2006). Embriología y Organogénesis del aparato urinario. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 3-19). Barcelona: Prous Science.
- SOKOL, L. J., & CHAN, D. W. (1997). Antígeno prostático específico: su descubrimiento y características bioquímicas. *Clínicas Urológicas de Norteamérica*, 2, 275-285.
- SOLANO ANTOÑANZAS, J. (1963). *Etnología de Rincón de Olivedo o Las Casas*. Calahorra: Gutenberg.
- SOLANO ANTOÑANZAS, J. (1965). *Etnología de la Villa de Pradejón*. Calahorra. Calahorra: Gutenberg.
- SOLANO ANTOÑANZAS, J. (1966). *Etnología de Los Valverdes de Cervera del Río Alhama (Rioja) y de Tarazona (Aragón)*. Calahorra: Gutenberg.
- SOLANO ANTOÑANZAS, J. (1969). *Etnología de la villa de Cornago y Valdeperillo*. Calahorra: Gutenberg.
- SOLANO ANTOÑANZAS, J. (1987). *Etnología de las localidades de Antoñanzas y Peroblasco*. Lodosa (Navarra): Imprenta Ezquerro.
- SOLSONA NARBÓN, E., CREGO TAPIAS, M., & COLLADO SERRA, A. (2006). Tumores malignos de pene. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 2113-2139). Barcelona: Prous Science.
- SOLSONA, E., ALGABA, F., HORENBLAS, S., PIZZOCARO, G., & WINDAHL, T. (2004). *Guidelines on penile cancer*. European Association of Urology (EAU). Obtenido de [http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines\\_Penile-Cancer-2004.pdf](http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines_Penile-Cancer-2004.pdf)
- SOLSONA, E., IBORRA, I. R., & Cols. (1992). Corpus cavernosum invasión and tumor grade in the prediction of lymph node condition in penile carcinoma. *Eur Urol*(22), 115-118.

- SOUBIRAN, A., & DE KEARNEY, J. (1980). *El diario de la medicina. (Título de la obra original: Le Journal de la Medicine)*. Barcelona: Luis de Caralt S.A.
- SUÁREZ, J., & Cols. (2005). La tomografía por emisión de positrones (PET) en los tumores malignos urológicos. *Revista de urología*, 6(2), 36-50.
- SYDNEY HORNBY, A. e. (2021). *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. Obtenido de <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english>
- TALLADA BUÑUEL, M. (2015). *Vida y obra urológica de Joaquín María Albarrán*. Madrid.
- TAMSIN DRAKE, J. H. (2015). The history of BCG in bladder cancer. En D. Prof. Dr. Schultheiss (Ed.), *De historia urologiae europaeae* (Vol. 22, págs. 13-18). European Association of Urology (EAU).
- TEKGÜL, S., & Cols. (2010). *Guía clínica sobre urología pediátrica*. European Society for Paediatric Urology © European Association of Urology (EAU ). Obtenido de <https://uroweb.org/wp-content/uploads/14-GUIA-CLINICA-SOBRE-UROLOGIA-PEDIATRICA.pdf>
- TENAZOS PINTO, M. d. (2002). Diccionario de abreviaturas, acrónimos, siglas y símbolos médicos. En E. Marcelino Otharán, *Prólogo*. Barcelona y Madrid: MAYO.
- TESTUT, L., & JACOB, O. (1982). *Tratado de Anatomía topográfica*. Barcelona: Salvat.
- TORRES VILLARROEL, D. d. (1743). *Sueños morales, visiones y visitas con Don Francisco de Quevedo por Madrid*. Salamanca: Imprent. Pedro Ortiz Gómez. Obtenido de <https://bibliotecadigital.jcyl.es/es/consulta/registro.do?id=4153>
- TRIAS, J. (1935). Comentari al llibre de E. Forgue Manual de Anestesia Quirúrgica. *IX(371)*, 203. Paris: RCB.
- TUNDIDOR BERMÚDEZ, Á. M. (2017). Anglicismos en urología. *Revista Cubana de Urología (RCU)*, 6(1), 74-75. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72380>
- TZANCK, A., & Cols. (1952). *Traitement des néphites aiguës anuriques par les méthodes d'épuration extra-rénale*. Paris: Masson.
- VALDIVIA URÍA, J., & Cols. (1994). Cirugía mínimamente invasiva en urología. *Tema monográfico del LIX Congreso Nacional de Urología. (AEU)*. Madrid: ENE.

- VALLEJO GIL, C., & MOROTE ROBLES, J. (2006). Marcadores tumorales en el cáncer de próstata. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 2001-2019). Barcelona: Prous Science.
- VEGA TORO, P., ALONSO FLORES, J., & DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, M. (Mayo de 2003). Traumatismos urogenitales. En M. García Pérez, & E. Camacho Martínez, *Patología urogenital* (págs. 41-59). Barcelona.
- VELÁZQUEZ ÁLVAREZ, J. (2004). *Terapias no convencionales: Orinoterapia*. Santa Fe (Argentina): El Cid. Obtenido de <https://ponce.inter.edu/cai/reserva/jvelazquez/orino.htm>
- VERAMENDI, B. (2021). *Comité Asistencial de Ética. Elaboración del Consentimiento Informado*. Riojasalud (Gobierno de La Rioja). Obtenido de <https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/elaboracion-del-consentimiento-informado>
- VERDE ARTEAGA, L. (Logroño). Costumbres perdidas de San Vicente de la Sonsierra. 1992, Rioja 7 Días.
- VERDEJO BRAVO, C., & SALINAS CASADO, J. (1992). Urgencias urológicas en el anciano. *Cuadernos de urología, Año 2(7)*, 3-13.
- VERGARA MARTÍN, G. M. (1921). *Materiales para la formación de un vocabulario de palabras usadas en Segovia y su tierra*. Madrid: Sucesores de Hernando. Obtenido de <https://archive.org/details/materialesparala00verguoft/page/n9/mode/2up?view=thheater>
- VICENTE R., J. (2000). Tratamiento endoscópico. En J. Vicente R., G. Chéchile, & J. Salvador (Edits.), *Tumores vesicales superficiales* (págs. 121-143). Madrid: Acción Médica.
- VICENTE R., J. (2001). *Hiperplasia benigna de próstata*. Madrid: Acción Médica.
- VICENTE R., J. (2008). Cronicón de la R.T.U. de la H.B.P. *Archivos Españoles de Urología, Tomo 61(7)*, 769-774.
- VICK, R., & CARSON, C. C. (1999). Enfermedad de Fournier. *Clínicas Urológicas de Norteamérica. (Infecciones en Urología)*, 4, 889-898.
- VICUÑA RUIZ, F. J. (1997). Notas etnográficas de Aldeanueva de Ebro. *Berceo(93)*, 223-250.

- VILLAVICENCIO, H., MARÍN, F., MAROTO, P., & ALGABA, F. (2006). Tumores de testículo. En J. Jiménez Cruz, R. Sanz, & L.A., *Tratado de Urología* (págs. 2091-2111). Barcelona: Prous Science.
- VIOLA, J. (1971). Cáncer de próstata. En F. Hughes, & H. Schenone, *Urología práctica* (págs. 1007-1021). Buenos Aires (República Argentina): Inter-médica.
- VIRSEDA, J. A. (2007). *Atlas ilustrado de cistoscopia diagnóstica*. Madrid: Visto bueno equipo creativo.
- VOX: *Diccionario francés-español, español-francés*. (1983). Barcelona: BIBLOGRAF.
- WICKHAM, J. (1994). Prólogo. En J. Valdivia Uría, & Cols., *Cirugía mínimamente invasiva en urología* (págs. 9-14). Madrid: ENE.
- WILSON, J. D., & cols. (1991). *Harrison: Principios de medicina interna*. Mexico, D.F.: Nueva Editorial Interamericana.
- WISE, G. J., TALLAURI, G. S., & MARELLA, V. K. (1999). Infecciones micóticas del sistema genitourinario. *Clínicas Urológicas de Norteamérica. ( Infecciones en Urología)*, 4, 743-763.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000). *Erectile dysfunction*. Plymouth (United Kingdom): Health Publication Ltd. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515318208>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Génova. Obtenido de [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/) en
- WOVES, M. (Ed.). (1974). *Gran diccionario médico*. Madrid: Publicaciones Controladas.
- YETANO LAGUNA, J., & Vicent ALBEROLA CUÑAT, V. (2016). *Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Obtenido de <http://www.redsamid.net/archivos/201612/diccionario-de-siglas-medicas.pdf?0>
- YRAVEDRA, L. (1946). El habla de Cervera del Río Alhama. *Berceo*, 143-145.
- YRAVEDRA, L., & RUBIO, E. (1980). *Leyendas y tradiciones de La Rioja*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos.

- YUSTE, P. (2010). El arte de la curación en la antigua Mesopotamia. *Espacio, Tiempo y Forma, Serie II, Historia Antigua*, 27-42. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/ETFII/article/view/1759>
- ZAMORA VICENTE, A. (1967). *Dialectología española*. Madrid: Gredos.
- ZAMORA VICENTE, A. (1967). *Discurso de recepción ante la Real Academia Española: Asedio a "Luces de Bohemia"*. Madrid: Real Academia Española.
- ZARCO, C. (2020). Editorial. *Compartir*(2).
- ZUDAIRE BERGERA, J., ROBLES GARCÍA, J., & LÓPEZ FERRÁNDIZ, J. (2006). Otros tratamientos del cáncer de próstata. En J. Jiménez Cruz, & L. Rioja Sanz, *Tratado de Urología* (págs. 2039-2054). Barcelona: Prous Science.
- ZULOAGA GÓMEZ, A. (1992). Litiasis urinaria. En O. Leiva Galvis, & L. Resel Estevez, *Urología Vesalio* (págs. 323-348). Madrid: ENE.



## ORDEN ALFABÉTICO DE LEMAS

- abrilatas**, 226  
**acucñarse**, 260  
**acucurrarse**, 260  
**acurrucarse**, 260  
**aguafuego**, 361  
**aguerado, da**, 280  
**alicáncano**, 328  
**anchagarras**, 352  
**anchapatas**, 353  
**andadera**, 296, 345  
**aoscultar**, 211  
**aparato**, 227  
**ardor**, 290  
**argente**, 202  
**arrecucharse**, 261  
**arruga**, 310  
**ascenso**, 340  
**asparranquillas**, 353  
**aspiado**, 305  
**azorrado, da**, 280  
**bamborra**, 215  
**bañal**, 256  
**bañán**, 257  
**beata**, 292  
**bellota**, 297  
**bigornia**, 227  
**blando, da**, 281  
**blandurrio, a**, 281  
**bochincha**, 224, 301  
**botón**, 218  
**burra**, 301  
**cambiar el agua a las aceitunas**, 254  
**cambiar el agua al canario**, 255  
**canario**, 228  
**cangrena**, 343  
**canilla**, 229  
**canónigo**, 329  
**capón**, 322  
**capullo**, 229, 246  
**caragüés**, 248  
**castrón**, 315  
**catadura**, 323  
**catalina**, 344  
**cataplines**, 248  
**catolicano**, 202  
**cegachón**, 337  
**chichimbú**, 329  
**chiclón**, 315  
**chifle**, 231  
**chiflo**, 231  
**chincle**, 329  
**chivar**, 266  
**ciclán**, 316  
**cil**, 219  
**cilapo**, 219  
**colicoso, a**, 283  
**colín**, 312, 322  
**correa**, 201  
**costura**, 286  
**crecedera**, 297  
**cuajilón**, 299  
**culetada**, 349  
**culetazo**, 349  
**culetón**, 349  
**cumplir**, 266  
**de estropajo**, 282  
**de memoria**, 210  
**depósito**, 225  
**depositorio**, 325  
**descalentedo**, 305  
**descapullado**, 262  
**deslardado**, 305  
**dimuda**, 204  
**echar las gomas**, 212  
**echar un caliqueño**, 267  
**echar un cirigüete**, 268  
**echar un flete**, 268  
**echar un quiqui**, 269  
**echar una caña**, 255  
**empujar**, 270  
**encodujonado**, 261  
**engarrincharse**, 270  
**enjaretar(la)**, 271  
**enritar**, 306  
**envainar(la)**, 272  
**escuecer**, 304  
**escultar**, 213  
**esgollecer**, 341  
**esmostizar**, 288  
**esparranclar**, 353  
**esparrangar**, 353  
**esparranquillas**, 354  
**familia**, 330  
**flauta**, 231

- fogarrera**, 265  
**fruñido, a**, 204  
**fulero, a**, 205  
**gaita**, 232  
**gallarín**, 312  
**garbanzo**, 330  
**garranchada**, 363  
**güito**, 249  
**habachón**, 307  
**habarón**, 307  
**habaza**, 307  
**habazón**, 308  
**habitante**, 330  
**hacer fokin-fokin**, 272  
**hacer un río**, 256  
**hacer uso del matrimonio**, 272  
**hacerse una gallumba**, 277  
**hacerse una manuela**, 278  
**herramienta**, 232  
**hueca**, 346  
**huésped**, 331  
**infestarse**, 335  
**inritar**, 306  
**invitado**, 331  
**jabetada**, 362  
**jinetada**, 362  
**látigo**, 232  
**lecherillas**, 249  
**leza**, 282  
**liendrera**, 332  
**livio, a**, 279  
**lobinillo**, 293  
**lominillo**, 293  
**loseta**, 308  
**machar**, 273  
**mal de orina**, 319  
**maleza**, 283  
**malicia**, 336  
**mango**, 233  
**manguera**, 233  
**manubrio**, 234  
**Mascudillo**, 350  
**meada**, 253  
**meano**, 234  
**medro**, 298  
**meína**, 254  
**melones**, 249  
**memo**, 317  
**meter(la) (en caliente)**, 274  
**metérsela hasta el hondón**, 274  
**metisaca**, 275  
**mimbro**, 235  
**mindola**, 235  
**minina**, 235  
**mismísimos**, 250  
**mocosa**, 236  
**mojón**, 220  
**monga**, 236  
**nabo**, 237  
**nacedero**, 222  
**no valer tenerse**, 205  
**nobinillo**, 293  
**nubinillo**, 293  
**ombrigada**, 215  
**ombrigo**, 220  
**orinar a dos caños**, 320  
**orinar a dos hilos**, 320  
**orinar balbuceando**, 319  
**orinar en regadera**, 320  
**orinero**, 257  
**orticaria**, 289  
**oscultar**, 213  
**pajarito**, 237  
**pantigada**, 351  
**pantingada**, 351  
**papo**, 346  
**parrancletas**, 354  
**parranclillas**, 354  
**parranguillas**, 354  
**parranquillas**, 355  
**peina**, 333  
**peinársela**, 275  
**pelendengues**, 250  
**pellejo**, 244  
**pelleta**, 244  
**petín**, 290  
**pichina**, 237  
**pichorra**, 238  
**piel**, 245  
**pieza**, 239  
**pijero**, 239  
**piquera**, 287  
**pirola**, 239  
**pirulí**, 325  
**pitilín**, 240  
**pitipausia**, 321  
**pitopausia**, 321  
**pizarrín**, 240  
**pochar**, 276  
**ponerse rosiente**, 263

- pote**, 257  
**potra**, 241, 326  
**punte**, 222  
**puja**, 291  
**putiar**, 276  
**quebrado**, 313  
**quemazo**, 360  
**quilar**, 277  
**ranil**, 314  
**ranín**, 314  
**regar las margaritas**, 256  
**retembleque**, 284  
**retemblor**, 285  
**rin**, 221  
**rodadera**, 298  
**rosotón**, 308  
**rosita**, 247  
**señorito**, 332  
**soliquitiponcio**, 207  
**subida**, 291  
**tarjazo**, 363  
**tener mala vela**, 205  
**tentemozo**, 241  
**timbre**, 221  
**tiriteo**, 285  
**tomates**, 252  
**tordo**, 332  
**tripa (de) cucharón**, 216  
**tripaza**, 217  
**triporra**, 217  
**tripota**, 217  
**turrar**, 304  
**turror**, 284  
**ubanillo**, 294  
**ubre**, 242  
**ubre<sup>2</sup>**, 252  
**umbrigo**, 221  
**usagría**, 300  
**uvanillo**, 302  
**varruga**, 311  
**vástago**, 242  
**vechiga**, 302  
**vejiba**, 225  
**zamacuco**, 207  
**zamarrada**, 208  
**zamarrón**, 208  
**zambostada**, 349  
**zarpullido**, 291  
**zorropotro**, 341