

vascular de las nefritis. En todo caso, nos ha parecido oportuno comentar y denunciar esta realidad de lo que pudiéramos llamar diagnóstico primario-tardío de muchas nefritis, que acuden al clínico en fases ya muy avanzadas e irreversibles, y que acaso advertidas a tiempo hubiesen llevado una evolución menos desfavorable. Confirman lo que ya sabemos: que el porvenir del nefrítico depende, casi todo, de lo que se haga en sus primeros estadios.

## RESUMEN.

Se llama la atención sobre distintos aspectos evolutivos de las nefritis, que según el autor revisten especial importancia.

## SUMMARY

Stress is laid on the different stages in the course of nephritis which, in the writer's opinion, are of special importance.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es werden verschiedene Entwicklungsaspekte der Nephritis erörtert, welchen nach Ansicht der Autoren eine besondere Bedeutung zukommen soll.

## RÉSUMÉ

On attire l'attention sur différents aspects évolutifs des néphrites qui, d'après l'auteur, son spécialement importants.

## COMUNICACIONES PREVIAS

## TRATAMIENTO DE ALGUNOS TIPOS DE FRACTURAS CON CALLO ARTIFICIAL

## Nota clínica previa.

C. RODRÍGUEZ MAFFIOTTE.

Jefe de los Servicios de Traumatología y Ortopedia del Hospital Insular.

Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.  
Director: Doctor T. CERVÁ.

Cabrera.

Valiéndonos de la resina acrílica Swebond, fabricada por la Svedia Dental Industri AB, de Suecia, y que es usada principalmente en estomatología, hemos ideado un procedimiento de reducción quirúrgica de las fracturas de algunos huesos largos. Este procedimiento, que será expuesto brevemente, y sobre el que hemos trabajado desde hace varios meses, ha sido practicado en animales de experimentación y en hueso "in vitro" con buenos resultados. En la especie humana lo hemos intentado en una ocasión, en un enfermo que se prestó voluntariamente, pero no fué posible la aplicación de esta técnica por otras dificultades surgidas en el acto quirúrgico. Sin embargo, hemos podido comprobar que la sustancia es inocua en el organismo humano y ya había sido empleada para plastias de cráneo por la escuela de OBRADOR.

## TÉCNICA.

Después de reducir quirúrgicamente la fractura y colocar ambos fragmentos en su posición correcta, fabri-

camos la pasta acrílica en una cápsula estéril, mezclando suficiente cantidad de ambos elementos, sólido y líquido, de que se compone dicho pasta, y que vienen de fábrica preparados en recipientes separados. Las sustancias antedichas no precisan ser esterilizadas, pues el componente líquido es bactericida.

Una vez formada la pasta comienza a solidificar con gran rapidez y en cuestión de minutos su dureza es superior a la del hueso, sin que por ello presente ninguna fragilidad, pudiéndose perforar sin que se quiebre.

Antes de que consolide se coloca alrededor de los fragmentos reducidos en forma de manguito y se sostienen fijos ambos fragmentos con pinzas de huesos hasta la total consolidación.

Tratándose esta nota clínica sólo de un avance de nuestros trabajos, no creemos conveniente entrar en detalles de la técnica, procedimientos de fijación del nuevo callo, etc., que serán objeto de un trabajo de la amplitud necesaria, así como los numerosos errores cometidos y dificultades encontradas hasta ahora y la manera de solventarlos. Tenemos el propósito de, en seres humanos, emplearlo en breve. La indicación más apropiada nos parece la seudoartrosis de los huesos largos.

La consolidación rapidísima de la resina evita las largas permanencias de los miembros en férulas y vendajes de escayola, que son aquí innecesarios, y la movilidad del miembro puede ser inmediata a la intervención, salvo en algunos casos que se indicarán en el trabajo definitivo.

Como ya hemos dicho, la tolerancia es bastante buena. En una fractura de fémur, por ejemplo, que precise el enclavijamiento intramedular, pretendemos con esta técnica conse-

uir el evitar una doble intervención al paciente, como es colocar el clavo y luego quitarlo, y además la intensa destrucción de la médula que inevitablemente produce la introducción del clavo. Igualmente ocurre en los serclages de los huesos largos, puesto que después de consolidada la fractura se hace necesario quitar el alambre con el que se hizo el serclage. Dado que la resina empleada por nosotros es tolerable, no es necesario quitarla. En el supuesto de que se diera un caso de intolerancia y fuera necesario quitar el callo artificial, podría hacerse sin ningún temor, pues en los animales por nosotros operados se forma un callo óseo natural debajo del artificial.

Una de las mayores dificultades encontradas, y que por lo tanto creemos de interés señalar aquí, es la intensa reacción exotérmica que producen las sustancias empleadas al unirse, lo que trae consigo cierto peligro para las partes blandas. La manera de evitar este riesgo corresponde por entero al trabajo definitivo, donde confiamos poder mostrar todos los pormenores de la técnica y los resultados de la misma.

## RESUMEN.

Se describe una técnica para reducir fracturas de huesos largos en la que se emplea una resina acrílica del tipo de las que se usan en odontología.

## SUMMARY

A technique is described for the reduction of long-bone fractures by means of acrylic resin of the type used in dentistry.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es wird eine Technik zur Reposition von Brüchen langer Knochen beschrieben, welche sich eines Akrylharzes bedient, ähnlich demjenigen, das in Odontologie Anwendung findet.

## RÉSUMÉ

On décrit une technique pour réduire les fractures des os longs dans laquelle on emploie une résine "acrylique" semblable à celle que l'on utilise en Odontologie.

## NOTAS CLÍNICAS

### CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES NEUROPSIQUICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO

S. BENITO ARRANZ.

Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valladolid.  
Profesor encargado: Doctor VILLACIÁN.

C. ALMARAZ QUINTANA.

Cátedra de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Valladolid.  
Profesor: Doctor SEBASTIÁN.

## I

El lupus eritematoso diseminado (L. E. D.) presenta sintomatología neuropsiquiátrica en el 28 por 100 de los casos según CLARK y BAILEY. Incluso en algunas ocasiones las alteraciones neurológicas y mentales pueden constituir las únicas manifestaciones precoces de esta colagenosis (SIEKERT y CLARK).

Las alteraciones neurológicas, más frecuentes que las mentales, pueden ser sistematizadas del siguiente modo:

1. De la esfera motora:

Convulsiones, movimientos coreicos, monople-

jías, paraplejías, tetraplejías, parálisis periféricas (faciales y oftalmoplejías, principalmente).

2. De la esfera sensitiva:

Anestesias (táctil y propioceptiva) y parestesias.

3. Otras alteraciones:

Afasias, meningismos, nistagmus, edema de papila, alteraciones del liquor (globulinas positivas, hiperalbuminorraquia y pleocitosis).

Las convulsiones ocupan en la estadística de CLARK y BAILEY el lugar preferente hasta el punto de encontrarse presentes en el 50 por 100 de los enfermos de L. E. D. con manifestaciones neuropsiquiátricas.

Según el criterio de GLASER, compartido por la mayoría de los autores, los síntomas neurológicos obedecen a una patogenia vascular. Las lesiones proliferativas de la pared de los vasos ocasionarían deficiencias en el riego de la sustancia nerviosa. De la localización topográfica de estos infartos vasculares dependería la variada sintomatología neurológica. Del mismo modo, la afectación obstructiva de los vasa nervorum explicaría, según HEPTINSTALL y SOWRY, los casos de parálisis periféricas por ellos descritos.

ROF atribuye la sintomatología neurológica del L. E. D. a la lesión histoquímica neuronal,