

LA CURA OCLUSIVA ENYESADA EN EL POST OPERATORIO DE LA EXTIRPACION RADICAL DEL ANTRAX

C. Stajano y F. Bergos Rivalta

En abril de 1941 expusimos en nota breve a esta Sociedad, el resumen de nuestra experiencia, en lo que respecta a la terapéutica del ántrax. En ese momento destacamos los diversos tipos clínicos que habíamos observado e hicimos una estadística de la evolución de acuerdo con la terapéutica instituída comparada con distintos medios de tratamiento.

No insistiremos más en lo que consideramos como el mejor de los tratamientos, es decir, la extirpación radical hasta tejido sano, tanto en extensión como en profundidad, sin preocuparnos de las enormes brechas y pérdidas de sustancia que determina esta extirpación.

Del resultado de nuestra experiencia concluíamos que como principio general, el tratamiento quirúrgico por la extirpación en block, debe ser tanto más completa y precoz, cuando más grave es el ántrax y mayor la alteración del estado general, y en especial si el enfermo es un diabético. Esta premisa aunque pueda parecer audaz a mucho médico y a algunos cirujanos, nos ha dado éxitos extraordinarios y verdaderas resurrecciones y sobre las cuales no insistiremos. Por otra parte, casi todos los diabetólogos (Goslin, Escudero, etc.) coinciden en que el mejor tratamiento que se le puede ofrecer a un diabético, complicado y portador de un ántrax maligno, es la extirpación amplia y precoz, confirmando nuestra tendencia.

Nuestra estadística es concluyente y demuestra:

- a) Indiscutible menor porcentaje de mortalidad.
- b) Menor índice de morbilidad.

Los que no conocen o no han practicado el método argumen-

tan en su contra sobre la amplitud de la extirpación — diciendo que es dificultosa la reparación y la cicatrización de la enorme brecha y que prolonga el plazo de recuperación del enfermo, constituyendo esto un problema hospitalario social.

Creemos de interés el comunicar a nuestros colegas el cumplimiento de nuestra experiencia en lo que respecta a los dos argumentos que se han opuesto al procedimiento — pudiendo afirmar que todo el que intente este método ante un caso grave, lo adaptará en lo sucesivo sin duda, y sin dilación, con la seguridad de dar pruebas en contrario a los que impugnan el método.

La amplitud de la enorme brecha no constituye hoy un obstáculo. a) Conseguimos hoy reparaciones insospechadas antes con los métodos clásicos. b) El plazo de recuperación del operado se abrevia considerablemente cumpliendo así el tratamiento un fin social. c) Constituye una economía hospitalaria de consideración, pues las pocas y escasísimas curaciones espaciadas contrastan con el derroche de gasa y material de curación de los procedimientos clásicos. La evacuación a domicilio se hace casi de inmediato. d) El resultado final no sólo es completo y rápido, sino que en forma estética cumple su cometido, factor no despreciable en la mujer y que debe ser contemplado también en el hombre.

Dos principios guían el tratamiento post-operatorio en nuestros casos:

La inmovilización enyesada de la región; y

La cura oclusiva.

La primera poniendo en reposo pasivo a la región, es el mejor tratamiento que se le puede ofrecer a la infiltración infecciosa regional, inaparente a veces en el acto quirúrgico, pero comprobable siempre por la anatomía patológica de las numerosas piezas de extirpación que poseemos en la clínica y documentadas en la tesis de Lorenzo y Scandroglio, en las que se estudia la flebitis, periflebitis y celulitis a distancia de las hermosas piezas de extirpación.

Esta vieja práctica ya preconizada en el ántrax de la nuca por John Hilton en 1850, particulariza para el proceso infeccioso en cuestión lo que es un hecho viejamente admitido en cirugía general, vale decir la excelencia del reposo funcional y regional

de la región traumatizada e infectada, previa extirpación de los tejidos muertos o el drenaje del pus cuando éste se ha colectado.

El yeso inmovilizador cumple ampliamente este cometido con las minervas en la nuca o los yesos en distintas regiones de la economía.

La cura oclusiva. — En nuestra primera comunicación, destacamos lo que habíamos observado en veinte años de esa práctica, diciendo que la reparación de la herida operatoria se hacía en forma admirable y la cicatriz residual no hacía nunca sospechar la magnitud de la extirpación primera.

Entonces usábamos como tratamiento post-operatorio la impregnación de ambrine con curas repetidas, obteniendo cicatrices blandas, nunca deformantes, y sólo el tiempo de la reparación integral contaba en el debe del procedimiento. Comparamos además el tipo de cicatriz de la extirpación radical con el de la incisión crucial cuyos inconvenientes y defectos, analizamos con detalle, demostrando con casuística abundante los fundamentos anatómicos y clínicos que nos obligaban a abandonar por completo ese procedimiento clásico.

En esta comunicación ofrecemos a la Sociedad de Cirugía un paso más, perfeccionando el método con la cura oclusiva de la herida residual de extirpación, mediante un enyesado cerrado de la herida operatoria, que retiramos por primera vez después de los veinte días de la intervención, y es tal la diferencia comparativa en la evolución de las heridas así como el tiempo abreviado de la reparación lo que nos obliga a llamar la atención de nuestros colegas cirujanos sobre este punto.

Los fundamentos de esta práctica, surgen de una de las mayores adquisiciones de la guerra actual en el tratamiento de las heridas de guerra, que modifica tan fundamentalmente las prácticas de curación aprendidas en la guerra de 1914 a 1918. En un primer momento sentimos gran temor al utilizarlo, haciéndonos dudar grandemente antes de instituirlo. La gran experiencia adquirida en la guerra española con el procedimiento del cirujano español Dr. Orueta, levantó en Francia gran revuelo y es menester leer la acerba crítica que provocó en ese país el procedimiento, que fué poco menos que ridiculizado. Corto hubiese sido su destino si una nueva oportunidad, no hubiese dado lugar a

a consagración de este procedimiento, que en los centros quirúrgicos de guerra ingleses, fué proclamado como el procedimiento de elección y su autor el Dr. Trueta fué llamado a dirigir centros quirúrgicos en Londres, en donde fué impuesto su método. Las curas oclusivas bajo yeso cumpliendo con los requisitos quirúrgicos indispensables que fundamentan el tratamiento de la herida de guerra, han sido impuestos y generalizados en los hospitales de guerra no sólo de Londres, sino de Rusia, demostrando sus excelencias tanto en la benignidad de la evolución de las terribles heridas, como en la brevedad inaudita de la reparación, así como en la economía de material y de personal en la curación del herido. No haré el detalle de los fundamentos biológicos del método, porque eso sería motivo de una larga comunicación pero su fundamento se remonta a mucho antes de las viejas comprobaciones de Or en la cura oclusiva de las osteomielitis y por todos conocido.

Sólo diré que ya Hipócrates (459 años antes de J. C.) sostuvo la importancia del reposo funcional y la cura hermética en la curación de las heridas.

Magati, cirujano de la Universidad de Ferrara en el siglo XVII, revivió las notables enseñanzas clínicas de Hipócrates, y proclamó a la cavidad cerrada como sistema terapéutico de elección. Fué en el mismo sentido defendida por el cirujano vienés Von Kern en el siglo XVIII. Ollier en 1872 hizo su célebre comunicación al Congreso de Medicina de Lyon sobre "La oclusión inamovible como método general en el tratamiento de las heridas y de su aplicación en las heridas de guerra".

Posteriormente Julio Méndez en la Argentina (1918) propone la designación de "cavidad cerrada" y sienta las bases biológicas de su concepto sobre las haptinas.

Bohler siguiendo las ideas de Paracelso y abogando en favor de las curas espaciadas dice:

El mejor líquido para la regeneración de los tejidos en una herida abierta, es la secreción de la misma, a la temperatura del cuerpo.

Lelio Zeno con su elocuencia nos presentó a esta sociedad su brillante estadística con los documentos gráficos de la cura oclusiva bajo yeso, en el curso de las quemaduras, humanizando el método al restarle el dolor a ese proceso, y acortando la evolución de la cura, en forma notable.

Declaramos que entonces no dimos todo el valor a esa documentación presentada por el cirujano rosarino; hoy somos fervientes defensores de ese método biológico y natural, frente al tratamiento clásico y contra natura en el curso de las quemaduras.

Fué por sugestión del Dr. Bergos Rivalta de hacer la cura oclusiva en las grandes heridas residuales de los ántrax, la que nos ha permitido comprobar un hecho biológico que no habíamos visto y adquirir confianza en sus fundamentos.

Nuestra expectativa temerosa y prudente al hacer la oclusión de esas heridas infectadas se transformó en una comprobación feliz, que hoy utilizamos con toda tranquilidad, permitiéndonos comprobar:

a) La tolerancia apirética y sin complicaciones de esa oclusión.

b) La inutilidad y hasta la nocividad de una curación repetida y dolorosa como la realizábamos normalmente.

c) La brevedad inusitada del período de relleno y de reparación de la herida acortando en los $\frac{2}{3}$ del tiempo, ese proceso. Brechas que requerían tres meses de curación, las hemos obtenido en menos de treinta días.

d) Consideramos que el método oclusivo en el ántrax, sólo debe utilizarse con la extirpación en block de los tejidos muertos y debe contraindicarse con la incisión crucial, dado que en el primero se ha extirpado el proceso en su totalidad, no así con la incisión crucial, ya que el estudio histológico de los colgajos ha mostrado en sus bases la existencia microscópica de la lesión infectante.

e) Hemos utilizado en algunos casos la sulfamida local; en otros casos la cura aséptica oclusiva exclusivamente sin poder comprobar diferencias notables con este agregado medicamentoso.

f) En todos los casos se produce una intensa exudación puriforme, muy líquida, muy fétida, que empapa el yeso y lo traspasa impresionando por su apariencia sucia en forma desfavorable y haciendo temer por la evolución del foco; sin embargo ni el pulso, ni la temperatura, ni el estado general impresiona en tal sentido. *Hay que dejar el yeso...* a pesar de todo.

A los veinte días hacemos la primera curación y la reparación se presenta en forma extraordinaria y desconocida con los

medios que utilizábamos hasta ahora. El gran exudado que macera la herida es fiúido y una simple gasa lo enjuga, mostrando una herida limpia, granulada con los bordes circundantes en plena actividad reparadora.

Hemos tratado últimamente cuatro casos de ántrax, dos de la región de la nuca, uno de la región dorsal baja y otro de la región lumbar, con un resultado halagador, que nos induce a repetir el método sustituyéndolo a nuestra primera técnica de las curaciones a repetición bajo el apósito de ambrina, que era antes de nuestra predilección.

A forma de adelanto diremos que hemos utilizado este procedimiento en el tratamiento de la extirpación radical de las úlceras varicosas con todo el cilindro cutáneo celular circundante en las piernas varicosas, confirmando lo observado, en lo que respecta a la brevedad de la reparación tisular, no haciéndose menester la utilización de colgajos o de injertos que consideramos inútiles por innecesarios y más imperfectos que el proceso de reparación natural bajo el apósito enyesado oclusivo.

Para terminar con esta comunicacion, advertimos a los que utilicen el método, sobre el significado del olor desagradable del apósito oclusivo. Olor que molesta al enfermo, olor que impregna el ambiente de la sala, y olor también que alarma, cuando no se conoce su significado.

Orr atribuía el olor a una infección secundaria. Trueta a los casos insuficientemente limpiados o despojados quirúrgicamente, atribuía el olor de putrefacción a los fenómenos de proteolisis del foco, merced a la flora anaerobia. La desintegración de la cistina del músculo y la generación de mecaptan, son seguramente fuente principal del olor. El bicloruro de Hg desodoriza el apósito, una vez extraído; sabida es la afinidad del mercaptan por las sales de mercurio, y esto se ha hecho experimentalmente, comprobándose compuestos resultantes estables y sin olor.

Numerosos procedimientos indirectos han sido utilizados sin resultado, como ser el empleo de la gasa yodoformada, el apósito de Bálsamo del Perú u otros aceites aromáticos como el aceite de ajos, el aceite de gualterio, etc., y hasta es ha intentado obturar la porosidad del yeso, pintándolo con barnices impermeables. Todo

ello sin resultado, obligando a mudar el yeso a los veinte días o antes, en nuestros casos, exclusivamente por el olor.

En 1941, en Norte América, Wallis y Delworth investigaron las causas de tal fetidez, y confirmaron su origen proteólico tisular, debido a la flora anaerobia concomitante. Hay bacterias capaces de actuar sobre los hidratos de carbono y las sustancias de desintegración proteica, habiéndose demostrado que si se coloca en el foco hidratos de carbono en cantidad suficiente, domina la fermentación de los azúcares sobre el proceso de putrefacción disminuyendo así la producción de sustancias volátiles malolientes.

Las bacterias obran preferentemente sobre los hidratos de carbono y se desvían así de su acción proteolítica.

Sin embargo este procedimiento fracasa en aquellos focos en que abunda el prociánico, o el bacilo histolítico, que no atacan a los hidratos de carbono y sólo son predilectos de la sustancia proteica. En este sentido no está resuelto aún el problema.

Trueta ha utilizado el apósito con levadura de cerveza fresca. Otros autores han utilizado otros azúcares como la dextrosa por su menor molécula, pero hoy se ha generalizado el uso de la lactosa cuya molécula es mayor, y cuya eficacia es evidente. Se emplean soluciones de lactosa al 18 % con las cuales se impregnan las gasas en contacto con la herida y recubriendo éstas con gasa seca.

El uso de la lactosa requiere un solo cuidado en su aplicación y es el de no ponerla en contacto directo con el yeso, porque lo resquebraja y lo quiebra.

DISCUSION

Dr. Harán. — Yo, Sr. Presidente, debo declarar que nunca he operado un ántrax. Falté el año pasado cuando se expuso aquí el tema del ántrax, y aunque quizás lo que voy a decir se aparta un poco del tema en discusión, creo deber decir que las dos docenas de ántrax que he visto, de variados tamaños y localizaciones, las he curado con tratamiento médico.

Me inicié en esta práctica hace cerca de 20 años, cuando estaba en pleno auge la operación preconizada por Hartman; y desde entonces acá, la experiencia no me ha demostrado que el camino tomado no fuera bueno, puesto que mis enfermos curaron. He visto operar en los Hospitales casos de ántrax del mismo tipo de los que yo había curado con tratamiento médico, y si alguna vez insinué a algún joven colega la posibilidad de hacer

ese tratamiento médico, me han mirado como si les hablara de un método de eficacia muy dudosa. Quiero hacer la salvedad de que mis enfermos, salvo uno, no eran diabéticos.

Se hace una diferenciación entre ántrax benignos y malignos: pero los que lo han hecho no han concretado exactamente, clínicamente, esa diferenciación. Dejando de lado el terreno diabético, porque he tenido poca ocasión de tratarlos, quiero referirme al ántrax simple, corriente, sin septicemia y sin diabetes. Fuera cual fuese su tamaño y localización, los he tratado siempre con tratamiento médico y los he curado. Esta es mi experiencia hasta el día de hoy. Y el término médico lo hago extensivo, en forma genérica, ya sea a la vacuna o como sinónimo de onda corta, sulfamidas o cualquier otro procedimiento. Finalmente declaro que si tuviera un ántrax así en el momento actual no me dejaría operar.

Dr. Armand Ugon. — En la comunicación del Dr. Stajano hay dos puntos un poco diferentes que conviene tratarlos separadamente, por la derivación que ha tenido la discusión.

En primer lugar el tratamiento del ántrax por la extirpación radical. En este sentido, estoy completamente de acuerdo con el comunicante, pues la he practicado repetidas veces y he quedado sorprendido de la evolución favorable, extirpándolos en tejido sano con el bisturí eléctrico. He operado además dos casos: de gangrena cutánea, invasora, progresiva, afección semejante al ántrax que había resistido todas las terapéuticas. En el primer caso la extirpación en tejido sano con bisturí eléctrico, trajo, rápidamente, la desaparición de la fiebre y permitió a los quince días hacer un injerto de la vasta superficie cutánea extendida del pubis hasta cerca del mameion y de un flanco al otro.

En el segundo caso se hizo más rápidamente la extirpación y a los quince días la herida estaba de buen aspecto, con buen tejido de granulación lo que permitió curar al enfermo. Lo mismo me ha pasado en los ántrax. Hay que insistir en que la necesidad de la intervención debe ser siempre amplia, en tejido sano, como lo preconiza Stajano.

Yo no acompaño de una manera tan calurosa sobre la segunda parte de su tratamiento por la cura oclusiva, con el método descrito por Trueta para las heridas. Es un método que ha sido de una utilidad muy grande en la guerra, con abarrotamiento de enfermos, pero, creo, que tenemos por medio de los injertos cutáneos una manera de curar más rápidamente esas amplias heridas que dejan las extirpaciones de los ántrax grandes. Una extirpación completa de ántrax a los quince días permite hacer un injerto y cubrir completamente la herida de manera que cicatrice a los 25 días de hecha la operación inicial, mientras que dejando que la cicatrización se realice espontáneamente, la epitalización completa tarda meses.

Dr. Pernin. — Era para referirme a un punto muy interesante de la comunicación del Dr. Stajano sobre extirpación total con bisturí eléctrico. He tenido ocasión en el servicio del Dr. Prat de hacerlo múltiples veces

y en ellas me llamó la atención la rapidez extraordinaria con que cura una extirpación de esa magnitud y la cicatriz tan perfecta que queda. Muchas veces he extirpado con la idea de tener que llegar al injerto para cubrir la pérdida de sustancia y en ningún caso ello fué necesario, tanto en enfermos diabéticos como no diabéticos. Rápidamente a los pocos días empieza a retraerse el fondo de la herida y al acercarse los bordes la cicatrización toma rápidamente el carácter de cicatrización casi normal.

Tengo la impresión de que en general, alrededor de los 20 días la cicatrización estaba terminada. No se si será una observación personal, pero creo que la extirpación con bisturí eléctrico debe tratar de hacerse con corriente lo más cercana posible a la de electrotomía, vale decir, amortiguar la onda en el sentido de que coágule muy poco. En cuanto al tratamiento del fondo no lo coágulo mucho. En el fondo del ántrax paso el cepillo de electrocoria, una barrida eléctrica o hago una fulguración muy rápida, porque cuando el fondo del ántrax se llega a extirpar hasta que pierda la conexión con el tejido fibroso o el tejido aponeurótico ahí sí la reparación es lenta, pero si se consigue destruir un poco ese fondo del ántrax se hace la cicatrización más rápida. En cuanto a las curas oclusivas no tengo experiencia. Simplemente hemos hecho pulverizaciones y posteriormente tratamiento con sulfamida en polvo y curas lo más retardado posible unas de otras. Creo que el tratamiento de oclusión debe ser bueno dado que impide que se esté haciendo cada momento esa cura con despegamiento de los brotes carnosos que son los que están reparándose.

Dr. Del Campo. — Me voy a referir a los dos puntos que trató el Prof. Stajano, es decir, al tratamiento del ántrax y la cura oclusiva.

En cuanto al tratamiento del ántrax estoy de acuerdo con las ideas del Prof. Stajano. Las primeras extirpaciones que hice fueron por indicación. Recuerdo que dos de ellas las hice por vecindad a venas en zonas relativamente peligrosas: una a la vena temporal y otra en la región inguino-crural, sobre la safena y me quedé asombrado de la evolución corta y sin complicaciones que tuvieron esos ántrax. Debí también recurrir a una extirpación amplia en un caso que se había complicado con una celulitis difusa, llevándome a extirpar una cantidad bastante grande de la nuca. Para los que hacíamos la extirpación de esos ántrax en esas condiciones obligados por las circunstancias y que nos hacía ser pesimistas sobre el cierre de la herida, nos llamó considerablemente la atención la manera perfecta cómo se hace la cicatrización sin recurrir a ningún otro procedimiento. A partir de ese entonces, soy partidario de la extirpación de esos ántrax, prefiriéndola a la extirpación económica y poco técnica que representa al fin y al cabo la incisión crucial y el curetaje hecho en el fondo de la superficie de la zona supurada, procedimiento que deja colgajos desvitalizados.

Contrariamente a lo que opinaba el colega Dr. Harán, en caso de ántrax, yo me dejaba operar, hacer la extirpación.

Ahora sí no creo que la extirpación deba aplicarse a todos los ántrax.

Yo no se si el Dr. Stajano aplica la extirpación del ántrax a esos pequeños ántrax que se curan perfectamente bien medicalmente.

En cuanto al segundo problema que se plantea convengo que es bastante complejo. No creo que se pueda dar una opinión absoluta sobre utilización incondicional de la curación oclusiva. Respecto al papel de la inmovilización, estoy perfectamente de acuerdo con el Prof. Stajano. He visto resultados excelentes simplemente con inmovilización de una herida infectada. Es respecto a la cura oclusiva, nuestro conocimiento deriva de la escuela de Oliér, quien nos enseñó en el tratamiento quirúrgico de lesiones infectadas óseas y ósteo-articulares, a recurrir a la inmovilización enyesada y a la cura oclusiva, no preocupándonos mayormente de lo que pasara debajo del yeso. Pero eso sí, partiendo de una base, que es el conocimiento exacto de la lesión; el saber manejar el caso, pues la cura oclusiva en manos de personas que no sepan manejarla, es extremadamente peligrosa. Necesita una apreciación para cada caso particular y necesita ser seguido por personas que conozcan netamente la evolución de manera de interrumpirla cuando sea peligrosa. Creo que cada vez vamos más a la cura oclusiva en todos los procesos locales.

Fué uno de los primeros sino el primero en emplear el método de Orr en las ostemielitis y en reconocer sus ventajas.

Reconozco sin embargo, que más de una vez se necesita el aislamiento del sujeto, cuyo olor lo hace insoportable para sus vecinos.

Prof. Stajano. — No voy a repetir lo que ya dije en la comunicación del tratamiento quirúrgico mediante la extirpación radical. En ella me referí a mi estadística de los casos tratados por la extirpación y hacía el juicio severo a la incisión crucial con documentos anatómicos probatorios. Yo hice siempre la extirpación radical desde los primeros años mediante el cuchillo electro coagulante. No quiero decir que yo no utilice el tratamiento médico en algunos casos de pequeños ántrax. Esta salvedad que hizo el Dr. Del Campo la comparto plenamente. No hago el tratamiento cruento sino en los ántrax grandes y graves. En los pequeños, en sujetos no diabéticos, no preocupa nada más que la evolución local y han evolucionado con cualquier tratamiento local corriente. El tratamiento médico yo lo reservo nada más que para esos casos que evolucionan por pequeños medios. No así los grandes ántrax, de los cuales he traído varias fotografías, para que vieran la enormidad de esos procesos. Y voy a contar un caso para atemperar un poco el optimismo del Dr. Harán respecto al tratamiento médico, sin querer por esto volver a exponer los tipos de ántrax en enfermos diabéticos y que siguieron avanzando sin conseguir que el tratamiento médico los detuviera. Fué el caso de la hermana de un colega nuestro que vino del Paraguay después de haber sido sometida a los tratamientos médicos más completos. Se le había hecho toda clase de vacuna; la famosa anatoxina, y su ántrax se extendía de la protuberancia occipital externa a media espalda, y de hombro a hombro. Tenía un ántrax inmenso, con celulitis profunda. Se le hizo la extirpación completa. Cuando

ví esa enferma al cabo de tres meses curada, no podía creer que hubiera quedado una herida lineal vertical mediana tan pequeña y haber cicatrizado en esa forma. Tuvo que hacerse en ese caso un tratamiento amplísimo.

Hablé de otros tipos de ántrax en diabéticos. En esos casos la diabetes no mejora porque está el ántrax y éste se agrava porque existe una enfermedad de nutrición que lo hace avanzar. El único tratamiento heroico es la extirpación total de ese foco supurante, que agrava al diabético.

La extirpación mejora el enfermo de su diabetes, desde las pocas horas de la intervención.

Recuerdo otro caso que no era un diabético anterior, pero que en ese momento era glicosúrico y con un enorme ántrax. No esperé hacerle tratamiento médico, lo llevé a la mesa y casi en coma, sin anestesia le hice la intervención en tres minutos. La extirpación de ese enorme foco transformó a ese enfermo y al día siguiente no tenía glicosuria y nunca más apareció azúcar en su orina.

La indicación del tratamiento quirúrgico es precisa y salvadora a mi juicio.

Tengo fotografías demostrativas en las cuales las extirpaciones alcanzan al tejido celular profundo e irse hasta la aponeurosis, quedando enormes brechas profundas. ¿Cómo se llena esa brecha? No se llena por coaptación de sus bordes, sino que se colma con un relleno conjuntivo que viene de la profundidad y recién cuando llega a nivel los bordes se estrechan por el diafragma de epitelio que lo cubre. Si se hubiera hecho un injerto se hubiera hecho en condiciones pésimas, en una superficie profunda y no plana especial para los injertos.

El injerto yo no lo he intentado porque no lo he considerado necesario. A propósito de lo que decía el Dr. Del Campo de las curas oclusivas, estoy de acuerdo con él de que el tratamiento por este método requiere conocimientos de fisio-patología de las heridas, y no se podría hacer un tratamiento general para todas las heridas. Hay casos en los cuales se podría tener sospecha de que no se ha hecho una completa limpieza quirúrgica y en ese caso sería peligroso el método. Repito pues, que se requieren conocimientos y también de que sería un tratamiento peligroso en manos inexpertas.