

LA CAVIDAD CERRADA EN LAS LESIONES ABIERTAS

“ “
POR

HECTOR DASSO Y LUIS C. MARINI

INTRODUCCIÓN

Siendo el proceso inflamatorio único, cualquiera sea el órgano en que se haya localizado, las etapas evolutivas de su curación, indefectiblemente son las mismas; pero la observación demuestra que las curaciones se hacen más rápidamente en aquellos órganos cuyos exudados inflamatorios no se vierten al exterior, en tanto que, en los que eliminan sus secreciones, el proceso curativo se hace más prolongado. Esta observación de Méndez, fué el origen de su clasificación de las distintas localizaciones:

- 1° Cavidades cerradas;
- 2° Cavidades cerradas virtuales;
- 3° Cavidades abiertas.

El primer grupo comprende las lesiones localizadas en los distintos órganos que, por su conformación natural, no permiten la salida al exterior de sus exudados. Podríamos citar como ejemplo, las pleuresías, osteomielitis, artritis, peritonitis, meningitis.

Como cavidades cerradas virtuales, agrupó a las cavidades que se comportan como cerradas, pero que a su vez vierten sus secreciones en otras cavidades, como serían las anexitis, orquitis, neumonías, bronconeumonías, colecistitis.

En cambio las cavidades abiertas, que constituyen el tema

de nuestro trabajo, son las que en forma constante vierten al exterior sus secreciones, como ser las uretritis, vaginitis, rinitis, conjuntivitis, heridas supuradas, ulceraciones dérmicas, quemaduras. Méndez, tratando de equiparar a éstas en sus beneficios con las de cavidades cerradas naturales, las ocluyó valiéndose de diversos medios inocuos y pudo apreciar entonces los beneficios de esa modificación, porque el proceso curativo se abreviaba.

Era indudable la deducción de que el restablecimiento de esas lesiones inflamatorias se debía a una causa interna, orgánica, de los humores, que se provocaba por el solo hecho de efectuarle una oclusión que le evitara el contacto con el exterior, impidiendo el drenaje de sus contenidos y pudo precisar que esos beneficios aumentaban, si la oclusión se hacía perfecta. La preocupación residía en subsanar las dificultades para obtener ese cierre absoluto: se utilizaron sustancias inertes, pomadas neutras, elementos desprovistos de componente químico alguno, como la gutapercha, el papel impermeable, con el solo fin de retener las secreciones, y se pudo apreciar las transformaciones que este procedimiento provocaba en los exudados y en los tejidos, cambio de coloración y de consistencia de los humores, disminución apreciable de la cantidad de los mismos, aparición de brotes carnosos, reducción marginal de la herida, mutaciones orgánicas que se verificaban más notablemente, si se espaciaban las curaciones: Era lógico entonces, afirmar que el organismo producía sus propios antisépticos biológicos, realizando su modalidad natural de curación; pero la mayoría de las veces, las lesiones inflamatorias requerían el estímulo específico, de acuerdo con la flora microbiana de sus exudados, por lo que se hizo uso de la medicación haptinogénica, que consiste en la aplicación general o local, de haptinógenos, que son una suspensión de gérmenes de cultivos debidamente atenuados provocantes por su aplicación subcutánea de la formación de las haptinas (anticuerpos), verdaderos agentes esterilizantes, que imbibén molecularmente todas las partes del tejido lesionado,

realizando el ideal de la terapéutica, « esterilizante magna » de Ehrlich, a la que Méndez agregó « e integral » porque viene de los mismos límites del tejido sano al centro de la lesión.

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA HACIA LAS CURACIONES CERRADAS

Estas lesiones abiertas se conceptuaron durante mucho tiempo con un criterio simplista y se procedía a la desinfección externa mediante el empleo de irrigaciones antisépticas, que, barriendo los exudados inflamatorios, disminuían los efectos sobre el estado general; pero el proceso curativo se prolongaba o no se obtenía y, en el mejor de los casos, quedaba siempre la secuela de la acción irritante, que produce sobre los tejidos el uso prolongado de esos antisépticos, reacción tisular, que origina las formaciones fibrosas, con la que se inicia el proceso de las curaciones interminables y que obliga a utilizar otro recurso terapéutico, destinado a combatir la esclerosis en formación o ya constituida.

Méndez fué el primero que reaccionó contra esas curaciones antisépticas, oponiendo su criterio biológico, fundamentado en su concepto de la inmunidad, que publica en los primeros años del presente siglo (1) para puntualizarla luego en su *Teoría de la Inmunidad* (2) que presenta a consideración del Segundo Congreso Latino Americano del año 1904, la que constituye la base patogénica de las curaciones biológicas y que después de un cúmulo de experiencias expone en su método de la « cavidad cerrada » (3).

Actualmente, se acepta en forma mundial esta evolución de la terapéutica de las lesiones abiertas, pero resulta confusa la interpretación de su mecanismo curativo. Son numerosos los autores del país y del extranjero que han publicado documentadas monografías, haciendo resaltar tal o cual calidad, reconocida empíricamente a los elementos utilizados, en la oclusión de esas lesiones abiertas. Este empirismo técnico, nacido de una

observación superficial del proceso, fué el reguero de otras tantas publicaciones, destinadas a poner de manifiesto el poder curativo de las distintas sustancias empleadas.

Es así como Berba Morrhy (4), emplea el azúcar en polvo y en solución al 100 %/, la aplicación la hace directamente sobre la herida y el mecanismo de acción lo atribuye a la acción anti-pútrida del azúcar, y a la acción inhibidora del crecimiento sobre ciertos gérmenes (piociánico, estafilococo, estreptococo).

David (5), utiliza el azúcar en polvo o en jarabe. Su aplicación es local.

El mecanismo de acción se discute; acción contraria a la putrefacción de los albuminoides y acción favorable a la aparición de flora microbiana protectora (fermentos acidificantes, fermentos alcohólicos).

Holtz (6), aplica el dextropur en polvo o en solución altamente concentrada, directamente sobre la herida, explicando su mecanismo de acción por la alta presión del dextropur al que le reconoce además una acción bactericida.

Sarason (7), reproduce en forma análoga la opinión de Holtz.

P. Escudero y J. Orgaz (8) entre nosotros, publican sus experiencias sobre el empleo de la sacarosa en polvo tratando de aclarar la manera de obrar, aunque piensan como Holtz, que el factor más importante o exclusivo es la presión osmótica.

Por la lectura que antecede, se nota la disparidad de criterio que existe al apreciar el mecanismo de acción de los azúcares. Nosotros pensamos, que las secreciones inflamatorias en contacto con los azúcares, forman una combinación gomosa, espesa como un jarabe, que contribuye por esa circunstancia, a efectuar la oclusión de la misma y por consiguiente su manera de obrar está en un todo de acuerdo con el mecanismo patogénico de la « cavidad cerrada », ya que la realiza a ésta, en su forma ideal.

W. Löhr (9), emplea una pomada a base de aceite de hígado de bacalao, una parte de aceite de hígado de bacalao y tres partes de vaselina. La aplicación es local. A veces lo combina con

vendaje enyesado, para constituir una « cámara húmeda y caliente ». Sostiene que el aceite de hígado de bacalao excita el mesénquima, propiedad que atribuye a la vitamina D que contiene, y la epitelización a la vitamina A y le reconoce además un poder bactericida. En su última publicación (10), reafirma sus conclusiones anteriores, aumentando la presentación de casos, tratados igualmente con la pomada de aceite de hígado de bacalao y siguiendo la misma técnica de sus primeras experiencias.

El poder bactericida, asignado al aceite de hígado de bacalao, despertó en muchos investigadores la curiosidad científica de comprobarlo.

J. Görtzen (11), conocido bacteriólogo, respetable por la seriedad de sus investigaciones, como por la prolijidad de sus pruebas, publica una serie de cultivos hechos sobre el aceite de hígado de bacalao, en comparación con otras pomadas y demuestra con ello que dicho elemento no tiene ningún poder bactericida, arribando a las siguientes conclusiones:

- 1° Los aceites y pomadas investigadas son estériles;
- 2° No impiden el desarrollo de gérmenes;
- 3° El aceite de trementina es el único que tiene poder bactericida;
- 4° El aceite de hígado de bacalao en la carne no evita el desarrollo bacteriano ni la formación de fermentos bacterianos proteolíticos o la descomposición de tejidos;
- 5° Después de los innumerables cultivos en cápsulas, no se puede hablar más del poder bactericida del aceite de hígado de bacalao;
- 6° Los resultados de la variada serie de investigaciones, en un todo coincidente con los otros autores, demuestran que la acción curativa del aceite de hígado de bacalao no reposa en su poder bactericida.

En nuestra cátedra de Microbiología hemos comprobado resultados idénticos.

V. Drigalski (12), sobre el mismo tema, publica sus investi-

gaciones y aunque sostiene que ellas requieren más comprobación, no invalidan las conclusiones de Görtzen.

Atento a lo cual queda en firme que el aceite de hígado de bacalao no tiene poder bactericida, y al recubrir con él las lesiones y mantenido con un vendaje simple o enyesado, se constituye una « cámara húmeda y caliente », como bien lo dice el mismo Löhr, pero lo que ha escapado a su observación, es que justamente ella es la que conduce a la curación, porque se atiende en esas condiciones a los principios biológicos de la « cavidad cerrada » de Méndez.

Referente a la acción de los vendajes enyesados, podemos citar un entusiasta partidario, el doctor L. Zeno (13), cuyas experiencias, basadas en muchos años de labor, las obtiene en el tratamiento de las quemaduras. La manera de obrar, la explica en el concepto patogénico de la « cavidad cerrada » de Méndez; al yeso no le atribuye otro papel que el de inmovilizar y proteger.

Ried (14) y también Misch (15), utilizan el metuvit, y sostienen que este unguento radioactivo, estimula la epitelización y la granulación, y desodoriza y deja excelente cicatriz. Se aplica en un trozo de lino que sobrepasa con holgura los límites de la herida. Se cambia la curación dos veces por día.

H. Buchheister (16), emplea una combinación de miel y desitín; es una pomada homogénea, preparada con miel natural de abeja y aceite crudo de merluza en aplicación local. La acción la interpreta afirmando que la miel limpia la herida y el aceite de merluza estimula la acción bactericida, epitelizante y granulante y acelera la licuación de la fibrina y elimina la parte necrosada. Tiene, según él, influencia leucotrópica.

Curt Hempel (17) utiliza el bálsamo del Perú, que aplica directamente sobre la lesión, recubriendo con venda estéril. No expone la manera de obrar.

Felicitas von Fehr (18), hace el tratamiento de las vendas con aplicación directa de extracto de páncreas fresco, en polvo o en pomada indistintamente. Afirma que las albúminas ya pre-

paradas para la digestión, por el proceso inflamatorio, son atacadas por la enzima pancreática, la piel que rodea la úlcera se irrita al ser cubierta por la pomada y origina una proliferación tisular.

Resultaría inoficioso continuar enumerando mayor número de estos emplastos, porque en realidad carecen de propiedades curativas, asignadas con todo empirismo, y a que puede obtenerse el mismo éxito, suplantándolos con pomadas o elementos desprovistos en absoluto de componentes químicos, como la gutapercha, con tal de que su empleo contribuya a la mejor oclusión de la herida, porque en esas condiciones coloca al organismo en un estado óptimo, para ser el propio laboratorio de sus anti-sépticos biológicos.

PATOGENIA DE LAS CURACIONES BIOLÓGICAS

La patogenia de las curaciones biológicas finca en el fenómeno de la peptización, acto complejo en el que intervienen: un agente patógeno, el antígeno, y el medio propio del organismo, los humores, resultando de ese proceso las haptinas, que son los agentes esterilizantes de la infección.

El antígeno, representado por el germen o sus toxinas, es considerado como cuerpo extraño para el organismo, estableciéndose la infección apenas producida la fagocitosis, la que se realiza, como hemos dicho, en los humores en los que se hallan los leucocitos en función fagocitaria y el suero o linfa de los tejidos en función bacteriolítica. Los leucocitos, cuando entran en función fagocitaria, aumentan de volumen, se vacuolizan y su protoplasma se hace más rarefacto y se desagrega. Estas distintas partículas resultantes de la peptización, se dispersan en el medio conservando las cualidades específicas de origen; por eso el protoplasma que las contiene, adquiere el mismo carácter específico de ellas.

Las haptinas, que son los anticuerpos clásicos, están com-

puestos de partículas de antígeno y de partículas del organismo, representadas por las partes dispersas del fagocito caído en lisis o del suero o de la linfa de los tejidos, es decir, que son proteínas del organismo que han adquirido una cualidad biológica, sin cambiar por ello su estructura ni sus calidades físico-químicas. Estas haptinas se hacen apreciables en el fibrinógeno y en las globulinas, caracterizándose por la atracción hacia el antígeno de origen, al cual peptiza de nuevo, para terminar con la esterilización específica del organismo y por sufrir la desintegración gradual de la albúmina.

Las lisinas de Méndez, son los agentes de la enfermedad; son albúminas que han llegado al ciclo final de desintegración, al estado de aminoácidos, aminoácidos patógenos, que Méndez denomina lisinas, porque al ser carburadas por el protoplasma de las células del parénquima, alteran su estructura y provocan la enfermedad.

En el foco inflamatorio se producen variaciones de acidez, acidosis local que llega hasta un pH de 5,6, producida por la formación de ácidos volátiles, a causa de la combustión incompleta en las células, cuya acidez se puede comprobar en los exudados por medio de la escala de Michaelis.

La acidosis local varía según la parte del tejido inflamado en que se investigue, el período de su evolución y el carácter de sus exudados. Disminuye a medida que se aproxima a los tejidos normales y esta disminución está en relación directa con la cronicidad de su lesión y con la transformación de sus exudados, llegando a un pH neutro, cuando se hacen serosas, es decir, cuando se hallan en condiciones de ser reabsorbidas. Sin acidosis local, no se producen los intercambios, no hay mutación intraorgánica, por ser el proceso que sigue el organismo para adaptar las sustancias provenientes del exterior.

Todas estas transformaciones se verifican en el proceso inflamatorio, el que origina exudados por extravasación de suero, que, conjuntamente con la diapedesis leucocitaria y la superproducción de células mesenquimáticas, toma caracteres distin-

tos según el período de la inflamación y permiten por consiguiente apreciar el estado de la afección piógena que los engendra. Se distinguen en exudados puriformes y purulentos.

Los exudados puriformes están cargados de haptinas y tienen una acción bactericida comprobada, los gérmenes van disminuyendo paulatinamente hasta su completa esterilización. Se deben retener el mayor tiempo posible en contacto con la lesión, pues las curaciones frecuentes entorpecen sus efectos e impiden su reabsorción, a la que está capacitado por ser suero en su mayor parte.

Se caracterizan macroscópicamente por su consistencia flúida, que se acentúa hasta hacerse seroso, por su coloración amarilla verdosa y por no sedimentar, debido a que sus componentes tienen el mismo peso específico que el suero.

Observados microscópicamente los exudados, se observa que están constituidos por leucocitos bien teñidos y diferenciados, algunos en función fagocitaria y otros en lisis, células mononucleares y del endotelio, abundante fibrina, escasos gérmenes y algunos glóbulos de pus.

Los exudados purulentos, tienen efectos contrarios a los anteriores. No se reabsorben, la evacuación es indispensable por ser tóxicos y están constituidos por necrobiosis celulares con abundante flora microbiana.

Se caracterizan macroscópicamente por su sedimentación en dos capas: la inferior, purulenta, por mayor peso específico y la superior, el suero, más líquida, por su coloración verde, debida a la refracción de las grasas que contiene y por su consistencia ligada.

Los exudados purulentos, observados microscópicamente, contienen el elemento específico de esta secreción, el glóbulo de pus. Leucocito degenerado, sin electividad tintoreal, se imbibes del colorante como una masa informe donde se hace imposible distinguir sus componentes.

Interpretado en esta forma el proceso de la curación biológica, vamos a describir algunas de las aplicaciones prácticas del método de la « cavidad cerrada » en las lesiones abiertas.

APLICACIONES PRÁCTICAS

Entre las lesiones externas o localizadas en cavidades abiertas, donde se aplica el método de la « cavidad cerrada », vamos a mencionar: las heridas purulentas, ulceraciones dérmicas, quemaduras, conjuntivitis u oftalmías, vulvovaginitis, uretritis-metritis.

En las heridas supuradas, con el fin de mejorar la oclusión, se emplean sustancias inocuas con las que se recubre directamente la superficie vulnerada (19). Se utiliza para ello el axongue benzoico, por tratarse de un elemento orgánico y por consiguiente de más fácil reabsorción. A este vehículo, se le agrega una cierta cantidad de cerato para hacerlo más o menos consistente y se le adicionan los medicamentos necesarios, según el caso lo requiera, ya sea un astringente (tanino) o un calmante (láudano) o un antipruriginoso (ginergeno) (20) o bien los mismos haptinógenos (pomada polivalente) (21). Se recubre con una hoja de gutapercha que se contiene por vendaje, o si se considera más práctico, se coloca la tela adhesiva por encima de la herida directamente o recubierta de pomada. Las curaciones deben ser lo más espaciadas posible, porque la esterilización será tanto más completa, cuanto más prolongado sea el contacto de las haptinas, anticuerpos, con los gérmenes.

La acción de la « cavidad cerrada » se verifica objetivamente por observación de la herida. Al día siguiente de establecida, nota el paciente el efecto sedante de la misma y una vitalización macroscópica de la lesión, la superficie adquiere un color rojo vivo bañada de un exudado más flúido: si la curación no se realiza por dos o tres días, se nota un olor característico a queso rancio, atribuible a las necrobiosis tisulares y a una peptización activa que no debe preocupar, por ser un índice de curación, aunque se puede evitar con el agregado a la pomada, de un desodorizante inerte. En el fondo de la herida, se verá la aparición de brotes carnosos que creciendo hacia la superficie,

restablecen por completo la parte vulnerada, los bordes comienzan su epidermización y delimitando cada vez más la herida, reducen visiblemente la superficie lesionada. El exudado que las baña se transforma a diario, haciéndose cada vez más flúido hasta tomar el aspecto de un líquido seroso.

En las ulceraciones dérmicas (22), ya sean estériles o infectadas, se procederá eliminando previamente las partes esfaceladas, porque siendo las necrobiosis tisulares verdaderos cuerpos extraños, provocan en forma constante exudados purulentos que prolongan la curación. Se recubrirá la superficie con pomada inerte o polivalente y se contiene con gutapercha y vendaje, o bien, si la ulceración es pequeña o se quiere aproximar los bordes de la lesión, se hace uso de la tela adhesiva colocada directamente sobre la herida o encima de una capa de pomada. Si la ulceración está infectada es necesario individualizar la cepa microbiana que lo motiva, para hacer uso de la medicación haptinogénica específica, quedando en este caso el tratamiento en las mismas condiciones que las heridas supuradas.

Las quemaduras, cualquiera sea el grado en que se presenten, las tratamos con tanino en solución o pomada, del 10 al 20 % (23) concentración que varía según la sensibilidad del paciente y que aplicamos con pulverizadores o compresas. El tanino produce la coagulación de los exudados que mana de las partes lesionadas y la desaparición de la flictenas por retracción, lo que nos exime de las escrupulosas *toilettes* diarias a que antes estaban sometidos estos accidentados.

Del mismo beneficio participa el tratamiento de las grandes quemaduras por el vendaje enyesado, como lo preconiza L. Zeno (13).

A la conjuntivitis u oftalmía gonocócica del recién nacido o del adulto, que se trataban con diferentes soluciones argénticas, se le formará la «cavidad cerrada» ocluyendo los párpados, mediante un apósito *ad hoc*, para retener el exudado en la cavidad conjuntival, que se esterilizará con las haptinas producidas por la aplicación general del haptinógeno gono (24).

Las vulvo-vaginitis, se tratan en igual forma por aplicación local de la pomada haptinógena contenida con gutapercha y aplicación subcutánea del haptinógeno respectivo. En las bartolinitis, se evacúa por punción el exudado purulento y se introduce el haptinógeno correspondiente en inyección perifocal y general y se practica la « cavidad cerrada », mediante la pomada haptinógena, mantenida con gutapercha y tela adhesiva (25).

Las uretritis blenorragicas, se curan proscribiendo en absoluto los lavajes y aplicando las inyecciones subcutáneas del haptinógeno gono. Se debe retener en la forma más inocua posible el exudado uretral (26), evitando las miciones frecuentes que barren los exudados.

En las metritis, a veces es necesario para más eficacia de la medicación, colocar a la enferma en posición de Trendelenburg (27), a fin de coleccionar su contenido en la misma matriz; se taponará la cavidad vaginal con la pomada polivalente y se hacen aplicaciones de los haptinógenos correspondientes a la flora microbiana analizada.

En los ántrax y forúnculos, se evacuará por punción el exudado purulento y se harán inyecciones perifocales y generales de haptinógeno estafilo o neumo, según el germen causal y se tapizará la superficie de pomada polivalente (28).

En las lesiones de la piel, como el eczema, se recubrirá la lesión con pomada inerte o antipruriginosa y se inyectará el haptinógeno estafilo. En la erisipela, se procede en igual forma, cubriendo la superficie de la placa erisipelatosa de pomada polivalente contenida por la gutapercha e inyectando en forma local o general el haptinógeno neumo (29) además del tratamiento general que el caso exija.

En cada caso, la evolución del proceso debe ser seguido microscópicamente por análisis periódicos de los exudados, para que nos sirva de control y guía en las indicaciones terapéuticas, que como ya lo hemos indicado, es distinta la función que tienen, según sean los elementos que lo formen y las mutaciones que experimenten.

CONCLUSIONES

A fin de ser conciso en nuestro trabajo, resumiremos los puntos capitales de la medicación biológica en los siguientes tópicos :

1ª La « cavidad cerrada » de Méndez, es el ideal en el tratamiento biológico de las lesiones supuradas ;

2ª El mecanismo de su curación reside en el contacto de las haptinas específicas (anticuerpos) con el antígeno (gérmenes o toxinas) en el lugar de la lesión ;

3ª El objeto de la « cavidad cerrada » es la retención de los humores para facilitar el proceso de la peptización ;

4ª Es necesario la diferenciación de los exudados inflamatorios, en puriformes y purulentos ;

5ª Las sustancias empleadas en el método aconsejado, carecen de propiedades curativas y sólo contribuyen a una mejor oclusión de las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

1. JULIO MÉNDEZ, *Inmunidad*, en *Argentina Médica*, tomo I, páginas 301, 313, 1903 y tomo II, números 12, 25, 49, 1903.

2. JULIO MÉNDEZ, *Teoría de la inmunidad*, en *Actas y trabajos del Segundo Congreso Médico Latino Americano*, Buenos Aires, 1904, y en *Argentina Médica*, tomo II, página 204, 1904.

3. JULIO MÉNDEZ, *Acción de la vacuna gonocócica y manera de aplicarla en la práctica*, en *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, tomo XXII, página 783, 1914.

4. BERBA MORRHY, *Arch. de Farm. Sperim. e Science affini*, fascículo V, 1917.

5. DAVID, *Revista Sudamericana de Endocrinología Inmunología y Quimioterapia*, página 91, 1918.

6. HOLTZ, *Munch Mediz. Woch*, número 30, página 1189, 1932.

7. SARASÓN, *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung en 12 Monatsheften Erscheirrende Lehrvorgersamten Heilkunde Sonderdruck aus dem August Heft*, 1932.

8. P. ESCUDERO y J. ORGAZ, *La Semana Médica*, número 43, página 1232, 1934.

9. W. LÖHR, *Deutsche Mediz. Woch*, número 15, página 561, 1934.

10. W. LÖHR, *Deutsche Mediz. Woch.*, número 25, página 11, 1936.
11. J. GÖRTZEN *Centralblatt*, número 5, página 72, 1935.
12. V. DRIGALSKI, *Deutsche Mediz. Woch.*, número 25, página 1005, 1936.
13. L. ZENO, *La Clínica*, número 5, página 72, 1936.
14. RIED, *Wiener Klin. Woch.*, número 34, 1929.
15. M. MISCH, *Fortschr. D. Zalmbeilk*, número 6, 1930.
16. H. BUCHHEISTER, *Munchener Mediz. Woch.*, número 40, página 1612, 1935.
17. CURT HEMPEL, *Munchener Mediz. Woch.*, número 3, página 88, 1935.
18. FELICITAS VON FEHR, *Munchener Mediz Woch.* número 22, 1936.
19. LUIS C. MARINI, *Heridas Supuradas*, en *La Semana Médica*, número 44, 1936.
20. J. C. GONZÁLEZ PODESTÁ y A. TORDERA, *Eficacia de la pomada de ginergeno en el prurito vulvovaginal*, en *La Semana Médica*, número 28, 1935.
21. D. H. NEGRETE y E. FONTÁN BALESTRA, *Aplicación de la pomada Haptinógena en el tratamiento biológico de los Antrax y forúnculos*, en *La Semana Médica*, número 41, 1935.
22. LUIS C. MARINI, *Tratamiento biológico de las úlceras dérmicas*, en *La Semana Médica*, número 13, 1937.
23. ROBERTO TORVISO, *Las quemaduras. Tratamiento por el procedimiento de Méndez*, en *La Semana Médica*, número 36, 1934.
24. LUIS G. GRET, *El tratamiento de la oftalmía gonocócica del recién nacido*, en *La Semana Médica*, número 37, 1927..
25. D. H. NEGRETE y E. FONTÁN BALESTRA, *Tratamiento biológico de las bartolinitis agudas*, en *La Semana Médica*, número 12, 1936.
26. HÉCTOR DASSO, *Método de la oclusión uretral para el tratamiento de la blenorragia*, en *La Semana Médica*, 1935.
27. LUIS G. GRET, *Endometritis puerperal*, en *Siglo Médico*, número 3594, Madrid, 1922.
28. HÉCTOR DASSO, *Diabetes y ántrax*, en *La Semana Médica*, 1922.
29. H. DASSO y M. MANGUELL, *Erisipela. Comunicación al Vº Congreso Nacional de Medicina*, Rosario, 1934.

ABSTRACT

The closed cavity method of treatment in open lesions, by Dr. Héctor Dasso, Dean and professor of Bacteriology La Plata's School of Medicine, and Dr. Luis C. Marini, *adscripto* in the Department of Bacteriology.

The authors come to the following conclusions :

1st The *closed cavity* of Méndez is the ideal biological treatment of suppurating lesions.

2nd The mechanism of its cure rests in the contact of the specific haptinas (antibodies) with the antigen (germs or toxins) in the locality of the lesion.

3rd The object of the « closed cavity » is to retain the humors (moisture) in order to facilitate the process of peptization.

4th It is necessary to differentiate the inflammatory exudates in to puriform and purulent.

5th The substances employed in the advised method have no curative properties and only contribute to a better occlusion of the lesions.