

SOLUCIONES AL PROBLEMA DE LA INFECCION QUIRURGICA EN EL BLOCK OPERATORIO CENTRAL DEL HOSPITAL PASTEUR (*)

Dr. Luis Alberto Gregorio

Mal podría el Hospital Pasteur homenajear la memoria del sabio genial que le da su nombre si a un siglo de las formidables revelaciones de éste en materia de bacteriología, hubiera silenciado el drama de las infecciones quirúrgicas que lo sacudieron ferozmente en los últimos meses del año 1958 y que llevaron a la muerte a varios internados. Tan trágica circunstancia determinó una severa investigación y la puesta en práctica de una serie de medidas sugeridas por los hechos aclarados y ajustadas a las modernas orientaciones —dentro de las limitaciones que el medio nos impone— aprovechando lo bueno existente, valiéndonos de lo ya realizado en el Servicio del Prof. Larghero, en el que trabajamos y adoptando en lo posible la conducta citada por múltiples autores dedicados a la búsqueda de soluciones a este apasionante problema.

Seríamos más exactos si dijéramos que en buena parte nos concretamos a tener en cuenta los fundamentos que Pasteur sintetizara en 1878 ante la Academia de Medicina de París cuando expresara “Si yo tuviera el honor de ser cirujano, compenetrado, como lo estoy, de los peligros a los cuales exponen los gérmenes extendidos en las superficies de los objetos, sobre todo en los hospitales, no solamente me serviría de instrumentos de pro-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 16 de noviembre de 1960.

iedades perfectas, sino que lavaría mis manos con el mayor cuidado, no emplearía sino material previamente expuesto a temperaturas entre 138° y 150°, no emplearía sino agua previamente hervida con temperaturas de 110° a 120° sin perjuicio de emplear procedimientos de curaciones que me garantizaran contra los gérmenes suspendidos en el aire, cuyo número es por otra parte insignificante al lado de los que se encuentran en las superficies de los objetos o en las aguas más límpidas”.

Comenzaremos por citar las cinco historias clínicas que motivaron la revisión que posteriormente se efectuó.

Caso N° 1: E. P. de R. Hist. N° 15703. 33 años. Ingresó a la Sala 24 el 20/IX/58. Hace cuatro meses comenzó con tos y expectoración muco-purulenta, de sabor muy desagradable, adelgazamiento y desmejoría del estado general. En el mes de febrero le fue drenado un quiste hidático de bazo, permaneciendo aún con el drenaje, que es purulento. Ultimamente se le ha lavado la cavidad quística con solución de Espadol sintiendo inmediatamente la enferma el gusto del mismo en la boca. Todo esto hace sospechar un tránsito espleno-brónquico.

Rayos X: Opacificación del segmento basal anterior del lóbulo inferior del pulmón izquierdo. **Fistulografía:** el lipiodol pasa desde la cavidad esplénica a los bronquios de la pirámide basal anterior. **Expectoración:** Flora polimicrobiana; Cocos Gram + y bastones Gram — Sensibles únicamente a Cloromicetina. 30/IX/58 Operación. Anest. gral. Dr. Larghero. Toracotomía lateral en 7° espacio con desperiostización de costilla. Segmentectomía basal anterior. Esplenectomía transdiafragmática. Drenaje pleural. **Evolución:** favorable al comienzo; a las 48 horas se le retiró el drenaje de la pleura; comienza a subir la temperatura y el 7/X en horas de la tarde inicia síndrome respiratorio caracterizado por disnea muy intensa, cianosis, gran agitación, obnubilación, pulso incontable, ingurgitación de las yugulares y enfisema subcutáneo a nivel de la herida operatoria (no lo había en horas de la mañana). La punta del corazón se ausculta pobremente por detrás del esternón. Se hace diagnóstico de pionemotórax a tensión y se entreabren los labios de la herida. Sale gas a tensión y pus fétido. Rápidamente mejoran los síntomas respiratorios pero no los generales y fallece a las tres de la mañana del día siguiente. El pus fue enviado al laboratorio para su estudio.

Autopsia: Revela flemón sub-cutáneo que comunica con empiema pleural. Pericarditis supurada. Lóbulo antero-superior izquierdo colapsado y su pleura recubierta de pus fétido. Lóbulo postero-inferior adherido a la pared. Al nivel del lóbulo basal medio hay cavidad llena de pus fétido que comunica con la logia esplénica. Cavidad pleural con 300 c.c. de pus fétido.

El estudio bacteriológico, realizado por el Dr. Surraco mostró una flora polimicrobiana, con franco predominio de *Proteus* y *Piociánico*.

Caso N° 2. — A. A. Hist. N° 16300. 67 años. Ingresó a la sala 24 el 24 de setiembre porque desde hacía veinte días arrastraba un cuadro doloroso de hipocondrio derecho, que comenzó con fiebre, chuchos de frío, vómitos y dolor de tipo cólico hepático. No tuvo otras manifestaciones que hicieran pensar en una participación coledociana. Hace seis años presentó un episodio similar. Al examen se encontró buen estado general, apirexia, vesícula palpable y discretamente dolorosa. Várices de miembro inf. izq. por insuficiencia del cayado. Se le mantuvo con bolsa de hielo y antiespásticos durante cinco días; como no retrocediera el dolor vesicular y se siguiera palpando la vesícula se dispuso operarla.

30/IX/58 Operación: Dr. Venturino. Anestesia local. Incisión transversa. Se encontró pio-colecisto. Litiasis vesicular a macro y microcálculos. Se practicó colecistostomía. Además ligadura del cayado safeno izq. En el pus vesicular se encontraron bacilos Gram + y Gram —.

Evolución: Al tercer día comenzó importante supuración de pared, de aspecto fecaloideo, que se mantuvo durante varios días y que cedió con lavados con caldo Delbet, suero antigangrenoso polivalente y Terramicina inyectable. El estudio bacteriológico reveló también una flora polimicrobiana en la que se pudo identificar un *Clostridium*, correspondiente al grupo productor de la gangrena gaseosa.

Alta en buenas condiciones el 10/X/58.

Caso N° 3: A. G. Hist. N° 16178. 47 años. Ingresó a la Sala 21 por sensación de pesadez, eructos y distensión post-prandial. Además dolor epigástrico tardío, que se extiende a hipocondrio derecho. Es un sufrimiento periódico, que data de tres años y que molesta mucho al enfermo, impidiéndole trabajar. En el año 1948 fue operado en el Servicio del Dr. Nin y Silva por sufrimiento parecido, no encontrándose lesión. Durante seis o siete años marchó bien. En el examen se encontró cicatriz de incisión mediana supra-umbilical, con pequeña eventración. Dolor a la palpación en epigastrio e H. D.

Laboratorio: Radiografía de gastro-duodeno normal; anaclorhidria, análisis de rutina: normales.

30/IX/58. Operación: Dr. Pradines. Incisión transversa. Se hace exploración del gastro-duodeno, no encontrándose lesiones, incluso después de gastrotomía. Únicamente se aprecia una vesícula acodada, por lo que se practica colecistostomía. Cierre por planos.

Evolución: El día 4 de octubre amanece con fiebre alta (39° 5 rectal) y la herida presenta una importante supuración fétida. Se abre ampliamente la misma y en la tarde se eviscera. El estudio bacteriológico señala: Flora polimicrobiana, predominando cocos Gram + en racimos y

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

cadena (estreptococo y estafilococo). Se trataba de una flora parcialmente sensible a Cloromicetina, Tetracina y Eritromicina.

Falleció el 16 de octubre.

Caso N° 4: J. O. de G. Hist. N° 16270. 42 años. Ingresó a la sala 24 el 13 de setiembre de 1958, por antiguo sufrimiento doloroso de epigastrio y dispepsia concomitante. Por esta circunstancia fue operada en el año 1952, practicándosele una colecistostomía. Los trastornos persistieron y dos años más tarde un ante episodio agudo de H. D. fue intervenida en el Hospital Maciel, ignorándose la operación realizada. Ha seguido con la misma sintomatología. Desde hace 15 días exacerbación del dolor en hipocondrio derecho y epigastrio; dolor con el que amanece y que aumenta con la ingestión de alimentos. Ha tenido vómitos y diarrea. Últimamente hematemesis y melenas.

Examen: Febril. Dolor y contractura en hipocondrio derecho. Tumoración palpable, rodeada de zona de empastamiento. **Laboratorio:** La radiografía de estómago y duodeno mostró una deformación a nivel del antro y del bulbo duodenal. La colecistografía fue negativa (ves. no visible). El estudio de la secreción gástrica permitió comprobar la presencia de una marcada hipoclorhidria.

2/X/58 Operación: Dr. Percovich. Incisión transversa. Estómago normal. Duodenitis y periduodenitis. Vesícula de éstasis. Se practicó colecistectomía desde el cuello al fondo.

Evolución: A las 48 horas comenzó con fiebre alta y se constató grave infección de la pared, con supuración pútrida y esfacelo de los labios de la herida y sus alrededores. Al octavo día de operada evisceración. Posteriormente inició recuperación del estado general y local, siendo dada de alta al vigésimo día de la operación, para continuar tratamiento de su herida en Policlínica. Como tratamiento se le hizo Suero antigangrenoso durante tres días consecutivos, Acromicina a altas dosis y caldo Delbet local.

El estudio bacteriológico del pus mostró muy abundante flora poli-microbiana. Cocos Gram + y Gram — Bacilos Gram —. Franco predominio del estafilococo dorado.

Caso N° 5: R. P. Hist. N° 16066. 42 años. Ingresó a la sala 24 el 2/X/58. En el mes de julio estuvo internada por disfagia progresiva. Hace 26 años ingirió soda cáustica. Un año después le fue practicada una gastrostomía y dilataciones instrumentales de esófago, con lo que retrocedieron sus trastornos, suprimiéndosele entonces la sonda gástrica. Hace 6 meses comenzó a volver la disfagia y a desmejorar su estado general.

La radiografía de esófago y la esofagoscopia revelaron estenosis infundibuliforme en tercio medio de esófago.

En oportunidad de su ingreso anterior el Dr. Barani le hizo dila-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

taciones esofágicas que la mejoraron enormemente hasta hace 15 días, cuando rápidamente vuelve la disfagia y aparece odinofagia. Ambos trastornos han repercutido considerablemente sobre su estado general.

4/X/58 Operación: Dr. Venturino. Anestesia local. Nueva gastrostomía según técnica de Marwedell.

Evolución: Hasta el sexto día pasó bien. Entonces se constató hipertermia de 40° que respondía a un flemón a nivel de la herida operatoria, flemón fecaloideo, que fue ampliamente drenado. No obstante ello no mejoró la situación y en cambio se fueron agregando deshidratación, galope (tenía antecedentes de una insuficiencia cardíaca anterior), roces pericárdicos, ictericia, estupor y finalmente estado de coma con muerte el 13 de octubre. El tratamiento empleado fue a base de Suero antigangrenoso, Acromicina y Penicilina a altas dosis y transfusiones de sangre y plasma.

En la autopsia se constató una peritonitis generalizada, pericarditis y esfacelo a nivel de la herida supraumbilical. También se pudo comprobar que a nivel de la cicatriz estenosante del esófago se había injertado un epitelioma.

El estudio bacteriológico del pus fecaloideo obtenido en la herida operatoria mostró como en los casos anteriores una flora polimicrobiana muy abundante. Se pudo identificar igualmente un Clostridium, productor de la gangrena gaseosa.

En los cinco casos pues se registraron gravísimas supuraciones, que culminaron con la muerte de tres de ellos y con una importante evisceración en un cuarto. Si del punto de vista clínico estas supuraciones podían calcarse, bacteriológicamente eran iguales, ya que en todos se encontró pus fecaloideo, a flora polimicrobiana, con predominio variado de cepas, ya fueran ellos los del grupo de la gangrena gaseosa o el estafilococo dorado.

La incidencia de estas tremendas complicaciones operatorias acaecidas en el transcurso de horas dio lugar a que se nos encomendara la tarea de investigar su origen, así como por parte de la Dirección del Hospital Pasteur se nos confirió el honor de asumir la dirección técnica del Block Quirúrgico Central del establecimiento.

Todos estos enfermos, objeto de la investigación futura, pertenecían a la Clínica del Profesor Pedro Larghero Ibarz, la que desde largos años atrás ha expresado reiteradamente su preocupación por lo que entiende es el más grave problema que deben sor-

tear los cirujanos de la época actual. Así, en 1946, el Dr. H. Ardao, entonces Asistente de la misma, introdujo a su regreso de su viaje a Europa, el control bacteriológico sistemático de todas las infecciones de heridas operatorias. El isopo estéril, la pipeta Pasteur y el tubo de cultivo entraron a formar parte del utilaje corriente del carro de curaciones de las Salas 21 y 24

En 1948 A. Fernández Chapela presentó la primera serie de 1164 heridas operatorias estudiadas en su evolución del punto de vista bacteriológico y de los principios esenciales para evitar o atenuar la infección cuando se interviene sobre enfermos ya infectados, principios que él sintetizaba de este modo:

- a) heridas operatorias con planos superficiales abiertos.
- b) drenajes por contra-aberturas.
- c) control bacteriológico de las secreciones.

Esta misma Sociedad de Cirugía recibió en 1951 a Meloney para oír sus conceptos sobre la regresión alarmante de la eficiencia de la Penicilina y el aumento rápido del porcentaje de cepas de estafilococos dorados insensibles a los antibióticos. En efecto, desde 1946 a 1951, el porcentaje de estafilococos resistentes pasó de una cifra sin importancia al 95% en las heridas infectadas de los hospitales de Columbia Medical Center.

En 1952 P. Larghero Ibarz llamó la atención, dando la voz de alarma sobre el empleo indiscriminado de los antibióticos en Cirugía en una reunión patrocinada por la Sociedad de Medicina.

En 1956 se inició en su clínica del Hospital Pasteur el control de portadores sanos, aún cuando el estafilococo dorado no había hecho estragos. En agosto de 1957 se presentó a la Sociedad de Cirugía el primer trabajo sobre control de portadores de estafilococos patógenos, con un prólogo del Dr. Larghero y en el que intervinieron la Químico Farm. María Angélica Márquez y el Br. Enrique Laca, entonces practicante interno del Servicio y simultáneamente Ayudante del Dpto. de Bacteriología de la Cátedra del Inst. de Higiene. El trabajo se basó en el estudio de 100 personas concurrentes diarios a la Clínica y divididos en personal médico, empleados y enfermos. A esta comunicación le fue otorgada la Beca E. Pouey (Márquez, M. A., Laca, E. E. y

Larghero Ibarz, P.). Estudio Bacteriológico sobre Estafilococo Patógeno. Bienio 1956-58.

El Director del Hospital Pasteur Dr. Ceibal Artigas y el Dr. Larghero pusieron a nuestro servicio todo su entusiasmo, conocimientos y buena voluntad para que pudiéramos poner en marcha una revisión total del encare que hasta entonces merecían la actividad quirúrgica en el Block Central, canalizándonos el camino hacia la investigación primero y luego contribuyendo a las soluciones que progresivamente se fueron alcanzando.

En el capítulo de la investigación realizada no se omitió ningún aspecto ligado al acto quirúrgico. El ambiente de las tres viejas salas de operaciones con sus ventanas desvencijadas, medio abiertas, medio cerradas, con vidrios rotos, con masilla y pintura descascaradas, con revoques incompletos, con pisos rajados, con scialíticas, que de tales solo tenían el nombre, que más serían para juntar polvo que para alumbrar, no escaparon a nuestra consideración y logramos además la inestimable colaboración del Dr. N. Surraco para el estudio bacteriológico. En las cajas de Petri que él colocó en las Salas de Operaciones durante 20 minutos desarrollaron hasta 91 colonias con esa simple exposición. Ello es un índice muy gráfico de la precariedad de la situación.

También el Dr. Surraco estudió las condiciones de probable contaminación del instrumental quirúrgico, de los guantes, de la ropa utilizada en el acto operatorio, ya fueran ellos túnicas o campos; de los cilindros; de las condiciones de higiene del personal de colaboración en el acto operatorio; del almacenamiento del material ya esterilizado; de la propia esterilización, etc., lo que permitió ir encontrando múltiples defectos que posteriormente irían recibiendo soluciones.

Pero la investigación fue fundamentalmente conducida por nosotros hacia la búsqueda de la real fuente de contaminación que entre el 30 de setiembre y el 4 de octubre cobró cinco víctimas. Tres de los enfermos infectados habían sido operados en la Sala 1 de Operaciones; uno en la Sala 2 y otro en la Sala 3.

Convencidos de que el origen tenía forzosamente que estar en algún enfermo supurado y operado días u horas antes del 30

de setiembre y teniendo en cuenta que en el Block Central cumplen sus actos operatorios los servicios de Vías Urinarias, de Oídos, Nariz y Garganta, de Puerta, del Dr. Nin y Silva y del Dr. Larghero, fueron logradas y estudiadas todas las historias de los enfermos operados en la semana previa a la fecha citada. Fue entonces relativamente fácil demostrar que un enfermo intervenido en la tarde del 29 de setiembre por una peritonitis apendicular, en el que se encontró pus con iguales caracteres clínicos al estudiado en los cinco infectados podía ser el foco que encendió la hoguera.

Ni la sala de operaciones utilizada, que fue la sala 3, ni el material —que debió haber sido destruído— fueron tratados adecuadamente. Al día siguiente ese material una vez que pasó por el lavadero y la sección esterilización fue empleado en las operaciones que dieron margen a las infecciones comentadas. Allí estaba incuestionablemente el comienzo del drama.

Aquellas constataciones y la localización del foco de origen, así como la absoluta falta de planificación para casos semejantes nos llevó a la inmediata clausura del Block Quirúrgico. Por supuesto que debieron vencerse resistencias muy importantes para cerrar esas tres salas de operaciones, como consecuencia del descreimiento de muchos, por no decir la ignorancia de los más, ante el inmenso riesgo que todo esto significaba. Seis meses más tarde logramos recién la recuperación de la Sala 3; mientras tanto, la actividad de los servicios se redujo a lo de urgencia, utilizándose para ello las salas de operaciones propias de los servicios del Dr. Piquinela y del Dr. Blanco Acevedo.

En colaboración con los arquitectos de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Salud Pública, del Director del Hospital y del Jefe de Transfusiones Br. Gualberto Oliva, así como de una Nurse Jefe —la Srta. Telfa Rodríguez— que fuera entonces designada, nos dimos a estudiar la remodelación del departamento de operaciones, para ajustarlo a las necesidades del Hospital y despojarlo de todas las facetas negativas, que habían determinado su clausura. Considerando que debía contarse con una nueva sala, fue que se consiguió del gesto desinteresado y

altruista del Dr. Piquinela la cesión de su anfiteatro de clases para instalar allí lo que pasaría a ser la sala N° 4.

Las que eran salas principales, es decir la N° 1 y la N° 2 no han perdido esa condición sino que la han fortalecido al mejorar enormemente su confort, colocando un vestibulo frente a ellas, aislándolas del corredor del hospital que era por donde prácticamente se las proveía y a las que se llegaba directamente desde la calle. Esa antecámara no puede ser visitada ahora sino con la vestimenta correcta y además da paso a una zona de aprovisionamiento de los actos operatorios que se realiza por una persona experta que atiende las dos salas, sin entrar en ellas, mediante el uso de ventanillas. Se han confeccionado ventanas dobles en todas las aberturas exteriores; se han eliminado huecos innecesarios en las paredes, ángulos pronunciados de difícil limpieza; se han pintado las paredes y puertas con pinturas que no se deterioren con el baldeo y se han colocado modernas scialíticas. Lo mismo se ha hecho en la moderna sala N° 4, revestida de azulejos hasta el techo. A la sala N° 3 la antecámara que se le ha confeccionado no es satisfactoria, pero está adecuada a las posibilidades edilicias; en lo restante se han cubierto las mismas orientaciones que para las otras salas.

La recuperación total de las salas se logró recién al cabo de dos años de ingentes esfuerzos, donde la incomprensión, la desidia de muchos y las dificultades en la consecución de los dineros necesarios para seguir adelante fueron escollos a veces de enorme importancia. Finalmente las salas han sido habilitadas y desde hace unos meses funcionan con toda normalidad. Con ellas y con las medidas adoptadas los beneficios no han tardado en hacerse presentes.

Actualmente la ropa sucia se coloca en nichos especialmente confeccionados y se retira hacia el lavadero por los corredores. Su circulación, estando lejos de ser la deseable, se ha mejorado en ese sentido mucho, ya que ella no queda más en contacto como anteriormente con las salas en las que debían tratarse a las horas y a veces inmediatamente, otros enfermos. El recuento y lavado de la ropa se hace bajo la vigilancia directa de la Nurse

Jefe. Una parte del lavado se hace fuera del Hospital, lo que sigue siendo motivo de preocupación nuestra.

El departamento de esterilización se encuentra mal ubicado y lejos del block, con insuficiencia de local y de personal. No obstante ello, se han trazado nuevas orientaciones y se cuenta con la colaboración de una Químico-Farmacéutica especializada en esta rama. Se han clausurado dos viejos equipos de esterilización y se han sustituido por dos autoclaves eléctricos, de fácil manejo y control. Por otra parte, hemos vuelto al uso de testigos, sin cuya virazón está formalmente contraindicado el uso de ropas, guantes, hilos, etc.

En lo que se refiere a la preparación del material, también se han adoptado medidas para lograr las mejores garantías. Desde hace años la Clínica del Prof. Larghero prepara sus guantes en sobres de tela, secados, entalcados y protegidos en su interior y empuñadura por gasas; en las túnicas se ha desterrado el tapabocas fijo, para que el cirujano y sus colaboradores usen un auténtico cubre boca y cubre nariz, aislado de la misma y bien colocado; los tubos de drenaje están en tubos de ensayos o en recipientes mayores —según sus tamaños y características— individualmente, para que su elección y el consiguiente manoseo no les contaminen. Estas mismas orientaciones se cumplen ahora también en la preparación de todo el material del Block operatorio.

El corte y preparación de gasas y compresas se hace con personal provisto de gorro, tapabocas y zapatones, al igual que con todo otro manipuleo de elementos a utilizar en un acto operatorio.

Los tapabocas que se usan son confeccionados con tres dobleces de telas de mallas apretadas o de seis dobleces de gasas; los cirujanos y sus ayudantes no pueden usar, según disposición expresa, su tapabocas sin ser lavado y planchado en más de un acto operatorio, puesto que está perfectamente demostrado que sus cavidades nasal y bucal contaminan segura y progresivamente al mismo, de tal modo que el cambio está impuesto después de una operación por razones de garantías para el enfermo.

Es perfectamente conocido que las gotitas de Flugge están

impregnadas de gérmenes, entre los que son comunes el estreptococo y el estafilococo dorado, cohabitantes nuestros, mucho más aún de los que actuemos en medios hospitalarios. Estos hechos han sido documentados en nuestro medio en el trabajo de Márquez y Laca, que citáramos al comienzo.

Ha sido motivo de nuestra preocupación también que las personas con intervención directa en un acto operatorio puedan ofrecer las mejores garantías de asepsia a sus pacientes. El uso correcto de zapatones, gorro y tapabocas ha sido costoso imponerlo, pero finalmente ha sido aceptado y rara vez son violadas las disposiciones en ese sentido; la reiteración en la falta significa irremisiblemente una sanción adecuada; separar al infractor del Block Quirúrgico por un tiempo determinado. La Dirección del Hospital dispuso a sugerencia nuestra, desde hace más de un año la confección de pijamas operatorios, de brin ordinario, que sustituyan a los pijamas de sala, viejos portadores de gérmenes desde las camas de los enfermos. La precariedad económica de Salud Pública ha impedido que tan importante medida plasmara en realidad. Solamente los integrantes de la Clínica "C" y algún otro cirujano aislado, de su propio peculio se han provisto de este equipo, que tan altos beneficios otorgan a la obra de recuperación en que nos encontramos empeñados.

La preparación del enfermo como paso previo a la intervención, sea ella de urgencia o de elección ha entrado en las consideraciones hacia una mejor asistencia. El baño obligatorio en las salas de asistencia o en el Servicio de Puerta —aquí si las condiciones del enfermo lo permiten— ha entrado como rigurosa medida de la práctica diaria; su vestimenta, con pijamas o camisones; el rasurado completo y bien hecho del enfermo, no circunscripto solamente al abdomen, al periné o al tórax, según el lugar del abordaje quirúrgico y el uso de tapabocas en el propio enfermo, así como su lavado profuso por parte del cirujano en la propia mesa de operaciones con agua y jabón o con Cetavión son aspectos que hemos procurado generalizar en su aplicación. Del cumplimiento de estas medidas no podemos hacernos totalmente responsables, dado que aún estamos en la etapa de divulgación de las mismas. Desearíamos no tener nunca que ir a la

sugerencia de sanciones para que ellas lleguen a cumplirse íntegramente, si es que el porvenir no demuestra lo equivocado de nuestra prédica.

Las salas de operaciones no se eligen caprichosamente para su uso; se ha dispuesto que las operaciones sépticas de importancia de preferencia se efectúen en la Sala N° 3, que es fácilmente aislable de las otras, en tanto que la ropa utilizada en las operaciones que se realizan en ella tienen una circulación propia; en la Sala N° 4 se realizan las operaciones de urgencia presumiblemente no sépticas; en las Salas Nos. 1 y 2 se cumplen las operaciones mayores, también presumiblemente no sépticas. Para la llamada pequeña cirugía infectada, tales como panadizos, flemones, etc., se cuenta junto a los consultorios del Servicio de Puerta con una pequeña sala de operaciones bien equipada para su realización.

Con mejores condiciones edilicias, con más confort, con enfermos mejor preparados, es evidente que el cirujano se ha visto estimulado a evolucionar y su conducta se ha ido adecuando a las nuevas orientaciones. Así por ejemplo, se ha ido generalizando la colaboración de la instrumentista en el acto operatorio. Creemos que la columna vertebral del equipo es ella y no el propio cirujano, siempre claro está que posea los conocimientos y preparación adecuados, así como perfecta conciencia de cual es su cometido. Esto afirma que no es fácil ser instrumentista. En la clínica de que formamos parte se ha creado una Escuela de la Instrumentista. Anualmente son convocadas aspirantes, dentro de las que se selecciona un núcleo al que se dictan cursos por parte del Dr. Venturino y posteriormente se le pone en contacto con el acto operatorio. Con una instrumentista capacitada se pueden mantener firmemente los conceptos de asepsia en la operación, ordenándose bien el trabajo y permitiendo que el cirujano y sus ayudantes cumplan con su verdadero cometido. Porque tiene esta instrumentista conciencia bacteriológica, porque distribuye el material y porque está preparada para cuidarlo, porque ahorra tiempo y gastos inútiles de gasas, compresas e hilos, su curso es invaluable.

Al cirujano debe estar reservado en el acto operatorio no solo la decisión y realización de su caso sino la dirección de todo lo que se realiza en su torno; es el cerebro que piensa y sobre sus espaldas debe cargar toda la responsabilidad de lo que se haga bien o mal y quizá lo que pueda hacerse más mal es dejar sembrada la muerte para los enfermos que deban ser posteriormente operados en ese recinto o en otro, pero con los mismos guantes o la misma ropa. Debe saber que un campo contaminado o un guante usado en un proceso gangrenoso puede ser la bomba de tiempo que se coloque en la herida abierta de otro semejante. Por eso debe ser firme en sus decisiones y determinar la destrucción de todo lo que pueda poner en riesgo la vida de otros; no debe importarle la suma de lo que se destruya, sean campos, túnicas, guantes o tubos de aspiradores. Con esa medida estará defendiendo intereses mucho mayores, ahorrando vidas y aún gastos tremendos, que van por cuenta de las infecciones y supuraciones, aunque ellas no lleguen a cobrar vidas. Y estará defendiendo además su condición de hombre y de médico, conforme a lo que hace más de un siglo se expresara en *Notes on Hospitals* (Florence Nightingale, 1859): "Es primordial no causar daño al enfermo".

No hay que confiarlo todo al lavado y a la esterilización, que aún siendo satisfactorios, pueden dejar escapar con vida a un germen capaz de desatar el desastre. El cirujano tiene la obligación de cuidar de ello como cuida de la colocación de los campos en el acto operatorio, de la incisión, de la hemostasis, del tiempo visceral, de los drenajes y del cierre de la pared. Al citar este último trámite del acto operatorio insistimos en que formamos parte de una clínica que se mantiene fiel a las premisas que concretara Fernández Chapela en la conducta con la piel y que ya fueran citadas al comienzo. Hemos de tomar solamente sus cifras: en el estudio de 1164 heridas operatorias estudiadas encontró 45 flemones de pared, de los cuales 41 se habían producido en enfermos en los que se había dejado la piel totalmente cerrada y los 4 restantes en quienes se había dejado la piel parcialmente abierta. Con posterioridad a ese trabajo se estudiaron 75 enfermos con peritonitis apendiculares a los que se les dejó la piel ampliamente abierta; en ninguno de ellos hubo flemón de

pared. Hemos dejado hablar a sus cifras. Su elocuencia nos exime de todo comentario.

Los tubos de drenaje deben salir por orificios que no sean el de la incisión operatoria; el manoseo de los labios de la herida y su posible contaminación, así como la presencia de un cuerpo extraño, como es el tubo o cigarrillo de drenaje, en contacto con una amplia superficie, ponen al enfermo en riesgo de infección de la herida y sus consecuencias. Al cirujano debe estar asignada también la tarea de la colocación de los apósitos. Es frecuente que creamos conveniente coser a la piel un apósito, cuando pretendamos que no se movilice durante unos días y nos ofrezca las mejores garantías contra la contaminación.

Nos hemos referido al material a inutilizar, a destruir, pero también corresponde citar una conducta muy definida para ahorrar material y para no vernos obligados a eliminar otro por contaminación. En la clínica del Dr. Larghero se ha establecido como normativo el uso en cada acto operatorio de tres baldes con colores distintos; en el balde celeste se echan las gasas y compresas secas o mojadas con sueros y antisépticos para la piel, material fácilmente recuperable con el lavado simple y la correspondiente esterilización; en el balde blanco se vierte el material teñido en sangre pero que no ha estado en contacto con procesos sépticos o cavidades naturales y que también es fácilmente recuperable; en el balde rojo se deposita el material contaminado, irrecuperable y que posteriormente se elimina.

Están igualmente en uso los campos de papel que son utilizados en las operaciones sépticas, donde es seguro que va a ser necesario destruir material. Con la medida de los tres baldes y con los campos de papel, es evidente que se está defendiendo la economía de Salud Pública, tan necesitada de apoyo, pero no al precio de poner en riesgo a los enfermos.

Hemos terminado con el formolado de las salas de operaciones; cada vez que una de ellas queda contaminada, en lugar de cerrarla, la abrimos e indicamos el lavado profuso con agua y jabón y el manguero de las paredes. Todo ello, unido a la eliminación del material en malas condiciones no dan garantías que ciertamente antes no teníamos.

Pero la vigilancia contra la infección no debe estar limitada al acto quirúrgico. Ya se han citado las medidas preoperatorias. Las curaciones postoperatorias deben estar perfectamente sistematizadas desde el aprovisionamiento del carro de curaciones hasta la vestimenta del cirujano —en el Servicio en que actuamos cura siempre un Asistente, con la colaboración de la Nurse o de un enfermero experto— provistos él y su ayudante de gorro, tapabocas y guantes. Debe además colocarse el material de curaciones ya usado en bolsas de papel, que inmediatamente irán al horno incinerador. Creemos firmemente en los beneficios del caldo Debet y en la preparación de auto-vacunas contra la infección, en tanto que desechamos a los antibióticos en el uso local.

El carro de curaciones debe tener como implementos corrientes isopos para tomar secreciones, tubos de ensayos para coleccionarlas, láminas de vidrios para exámenes directos y cajas de Petri para cultivos y estudio bacteriológico y sensibilidad bacterianas.

Con la remodelación del Block operatorio y la puesta en práctica de la mayor parte de las medidas adoptadas, el problema de la infección operatoria en el Hospital Pasteur ha tenido un vuelco fundamental; no hemos apreciado más infecciones graves ni tenemos noticias de que ellas se hallan producido en otros servicios. Por lo menos, no se nos han denunciado. Tal es la situación ahora de halagadora, que nos sentimos con el derecho a afirmar que en el momento actual la infección está en derrota. Desearíamos firmemente poder conocer en forma cierta que es lo que ocurre en todos los servicios de Cirugía del Pasteur, puesto que nos consta que las medidas en práctica no se aplican en todas partes. Hemos sugerido la creación entre nosotros de organismos en marcha en otros medios mucho más avanzados en estas soluciones, como son los Comités de Cirujanos, con jurisdicción amplia como para poder opinar y actuar, haciendo que la lucha contra la infección sea uniforme y con la base de las más modernas orientaciones. El día que ello se logre, habremos abierto el frente más terrible contra los microbios.

La colaboración hacia estas medidas ha sido diversa, pero con un saldo francamente favorable. Nos ha sorprendido y has-

ta emocionado el deseo de aprender y de asimilar orientaciones en el personal no técnico del Block. Con la Nurse Rodríguez hemos organizado conferencias a las que ellos han concurrido casi unánimemente, aún cuando esas charlas fueran dictadas fuera de sus horas de trabajos. Para ellos nuestro reconocimiento y agradecimiento.

Como en todas partes, ante las medidas en vigencia se han levantado algunas resistencias, que han partido en su mayor parte de cirujanos añosos, que no pudieron o no quisieron comprender el beneficio de las mismas. Creemos que los resultados a la vista no tardarán en hacerlos incorporar en el buen camino en esta lucha tan áspera contra enemigos comunes.

EN RESUMEN, se estudian las condiciones del Block operatorio Central del Hospital Pasteur y se trazan las orientaciones de la investigación que permitió descubrir el origen de cinco casos de supuración fecaloideas habidos en el mismo. Posteriormente se describen las medidas adoptadas para impedir la repetición de estos hechos anormales y se citan los resultados altamente halagadores alcanzados.

BIBLIOGRAFIA

- THE LANCET. A Report of the Public Health Laboratory Service. Incidence of Surgical Wound Infection in England and Wales. The Lancet, Nº 7152: 659-663, 1960.
- CLARKE, S. K. R., DALGLEISH, F. G., PARRY, W. E. and GILLESPIE, W. A. The Lancet, Nº 6831: 211-215, 1954.
- FERNANDEZ CHAPPELLA, A., MORQUIO, A., ALONSO, J. M. Complicaciones de las incisiones quirúrgicas. Bol. Soc. Cir. del Uruguay, 1948.
- FORGUE, E. L'Infection en Chirurgie. Precis de Pathologie Externe, T. 1: 31, 1948.
- GILLESPIE, W. A., ALDER, J. G., AYLIFFE, G. A. J., BRADBEER, J. W., WYJBEMA, W. Staphylococcal Cross-Infection in Surgery. The Lancet, Nº 7106: 781-784, 1959.
- LERICHE, R. Le probleme de l'infection en fonction de l'individu. Lyon Chirurgical, T. 49, Nº 1: 25-28, 1954.
- MARQUEZ, M. A., LACA, E. E., LARGHERO YBARZ, P. Estudio bacteriológico sobre estafilococo patógeno. Bol. Soc. de Cir. del Uruguay, Junio 1957.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- MITCHELL, A. A. B., MORAG TIMBURY, PETTIGREW, J. B., HUTCHINSON, J. G. P. Postoperative Wound Infection. The Lancet, Nº 7105: 503-505, 1959.
- ROSA, F. 183 observaciones de apendicitis aguda en el niño. An. de la Fac. de Med. de Montevideo, T. 39, Nº 4: 371-374, 1954.
- WINKLER, K. C. Aspectos teóricos de la transmisión de infecciones en los hospitales. Medicamundi. Vol. 6 Nº 1, 1959.

DISCUSION

Doctor Yanicelli. — Creo que frente al trabajo del Dr. Gregorio todos tenemos que estar satisfechos por la preocupación que ha tenido este colega para radiar del ambiente quirúrgico hospitalario la infección, y para trazar normas que no por bien sabidas se cumplen con la frecuencia que es dado de desear.

Indudablemente que con la infección pasa como con otras cosas: cuando aparece, se le presta atención y se van a ajustar los resortes correspondientes para tratar de eliminarla.

La situación ideal a que ha llegado el Servicio merece aplauso, pero evidentemente no puede servir sino para señalar un ideal por el momento inalcanzable; inalcanzable por varios motivos. De manera que esa es la tragedia: sabemos lo que tenemos que decir que los microbios nos respetan bastante y a veces no sabemos si se crea una lucha entre ellos de modo que al final no se infecte porque hay un antagonismo microbiano que ha permitido superar precisamente la infección.

En todo el trabajo presentado, por ejemplo, se podría señalar que desde el punto de vista estrictamente bacteriológico no entiendo por qué debe haber una Sala de cuestiones sépticas, en donde se debe hacer todo lo séptico, porque basta que un microbio sea distinto a otro de una cepa microbiana y un antibiótico distinto. Pero en eso también estamos atrasados y tenemos que ir a la desconcentración de las Salas de operaciones. Yo en ese sentido, creo que aglomerar Salas de operaciones, crear blocks operatorios de cierta manera favorece, pero en cierto sentido es inconveniente para la infección.

Es lo mismo que pasa en la Sala de niños. Siempre digo que las Salas de niños, de lactantes, deben estar siempre prontas para ser utilizadas en el momento en que aparezca un enfermo infecto-contagioso. Hay que pasar todos los enfermos nuevos a otro lado. Lo mismo debía hacerse con respecto a la Sala de infección. Sin embargo se admite que lo séptico, una pleuresía purulenta, debe ser operada donde se operó una peritonitis, y si viene otra peritonitis se opera allí. Eso todavía es una laguna enorme y que está revelando un poco la tolerancia que tiene el organismo humano para admitir la contaminación microbiana. Nosotros podemos llegar a hacer algo factible en el piso 4º donde tenemos la Clínica Quirúrgica de Niños, porque tenemos dos Salas, en general aisladas

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

de la inyección, donde hay personal apto y donde podemos determinar ciertas normas. Pero en el Servicio de Urgencia de Niños, que tiene dos regias Salas de operaciones, estamos muy lejos de eso. En primer lugar porque nos faltan campos operatorios. Los campos operatorios actualmente son trapitos que ya han sido usados cuatro o cinco veces y que generalmente no tienen más allá de cincuenta centímetros de lado, y cada vez tenemos menos. A veces tenemos dudas si podemos tapar a un enfermo.

Si llegáramos a hacer eso, ideal, de tirar las túnicas y de eliminar los campos, con seguridad que un día dejaríamos de operar un enfermo y se nos moriría de una peritonitis terminal o fecaloidea, porque no tendríamos material para cubrirnos nosotros y para cubrir al enfermo.

En cuanto a la colaboración de los técnicos, estoy completamente de acuerdo en que a veces es el cirujano o el colateral del cirujano el que está entorpeciendo la disciplina. Nosotros, en ese sentido, tenemos una suerte extraordinaria; no hemos tenido nunca grandes infecciones, pero no las hemos tenido por casualidad, en el Servicio de urgencia, desde luego. Tenemos tres entradas para la Sala de operaciones. De esas tres entradas una pasa por la cocina y por esa cocina pasan dos o tres cirujanos recalcitrantes, a quienes se les ha invitado de todas maneras a que no pasen por esa puerta, porque al pasar por la cocina, permiten la entrada de las moscas que van a la Sala de operaciones durante la noche. Recién en el día de hoy hemos podido clausurar por intermedio de un candado ese punto de aporte microbiano. La Sala de operaciones está casi en contacto con la Sala de puerta y es sabido que se podría condicionar mucho mejor. De manera que estoy de acuerdo en que hay mucho de abandono de los propios técnicos. Hay gente que por no caminar cinco o seis pasos más es capaz de violentar esa norma elemental de exclusión de contaminación.

De manera que felicitamos al Dr. Gregorio por el trabajo empeñoso que ha realizado, lleno de sinsabores en el ambiente en que ha tenido que actuar y lo tendremos como un ideal para cuando lo podamos cumplir.

En lo que respecta a la infección de la piel y no voy a discutir— hay un poco de contradicción. Desde luego nos lavamos bien las manos, pero creo que la piel, en ciertas circunstancias, es capaz de provocar algunas infecciones, inclusive por cosas que están colocadas un poco más allá del plano superficial en que nosotros hacemos la asepsia. Me acuerdo del caso de un distinguido colega que un día trae a su hijo con un absceso de la región glútea, asegurando que no podía ser un absceso séptico porque él había hervido personalmente la jeringa durante un cuarto de hora, había dado la inyección, y era una inyección de un antibiótico. Tenía una infección a estafilococo. Es probable que el estafilococo incrustado en capas superficiales de la piel haya sido introducido por una aguja estéril. De manera que las posibilidades de infección

son grandes, y desde luego todas las medidas que se tomen para evitarla tienen que ser bien recibidas. No creemos que sea necesario dejar abiertas las heridas cutáneas en las peritonitis y creo que los drenajes que establecemos, sobre todo para el Douglas, en el niño, son suficientes para hacer el drenaje del plano muscular y del plano cutáneo. De dejarlas abiertas, desde luego hay más seguridad, pero no está justificado por las cifras y no estaría justificado tampoco por la prolongación excesiva o mayor de los enfermos en los hospitales, que están abarrotados. No lo hacemos ni en clientela privada ni en clientela hospitalaria, ni creo que sea necesario. En cambio, no dejamos de drenar un proceso supurado.

Nuevamente felicito al Dr. Gregorio y creo que eso debería pasar a conocimiento de Salud Pública para que tenga en cuenta todo lo que nos hace falta para llegar a una situación aceptable en las Salas de operaciones.

Dr. Piquinela. — Creo que la comunicación del Dr. Gregorio es de las del tipo que deben merecer el apoyo más caluroso de la Sociedad de Cirugía porque traduce un esfuerzo tremendo del cual nosotros, por actuar en el mismo Hospital, hemos sido testigos. Aún cuando el Dr. Gregorio lo ha dicho al final, y lo ha hecho con mucha modestia, los resultados de este programa que se ha esquematizado acá se están viendo en el Hospital Pasteur. Creo que le cabe el mérito al Prof. Larghero el haber puesto, en este asunto como en todos los asuntos en que trabaja un entusiasmo, una perseverancia y una vehemencia particulares, absolutamente encomiables y que están, vuelvo a repetir, dando sus frutos.

Yo no voy a entrar en los detalles, aún cuando podría discrepar en alguna muy pequeña cosa, porque no tiene interés. Creo que esta comunicación hay que tomarla en su conjunto y que merece realmente una difusión. Acompaño al Dr. Yanicelli en cuanto se refiere a que se entere de esta comunicación a Salud Pública. Nosotros, que también estamos en el Servicio, quemamos los campos y los guantes en las circunstancias que el Dr. Gregorio ha señalado. Pero eso representa casi siempre para la Administración y para la Dirección una verdadera tragedia, como la representa también para la continuidad de la asistencia, porque esa decisión, que yo creo perfectamente justificada en determinadas circunstancias, que protege desde luego a los enfermos que van a operar después, hace que algunas veces ciertas intervenciones no puedan ser realizadas porque no hay material, porque no hay cama, porque no hay guantes.

Es muy interesante y muy estimulante lo que el Dr. Gregorio refiere acerca del personal secundario. Yo tengo su misma opinión. Creo que entre las muchas cosas importantes que hay en esta comunicación, una de las más agradables es haber comprobado cómo ese personal es perfec-

tamente accesible a la enseñanza, a la disciplina y al orden. Podrá parecer que se cuida el detalle en esta comunicación; sin embargo, ese cuidado del detalle es el que ha traído aparejado los resultados a que se llega en el momento actual. La verdad es que en el Hospital Pasteur en este momento no hay infecciones.

También lo acompaño en la lucha que se sostiene con algunos cirujanos de mucha edad, que o no creen en las infecciones o se basan en lo que podría ser tal vez una ilusión de experiencia, es decir, el haber operado mucho en malas circunstancias y no haber comprobado infecciones serias.

Vuelvo a repetir que ésta es una de las comunicaciones de mayor trascendencia que se pueden hacer a la Sociedad de Cirugía, de mayor significación, de mayor alcance práctico, de mayor utilidad.

Aprovecho esta oportunidad para ratificar algo que ya he expresado en privado al Dr. Larghero y es felicitarlo ampliamente, porque esto es indiscutiblemente una conquista, cuyo mérito le corresponde, y además felicitar al Dr. Gregorio que ha tomado a su cargo la tarea impropia, desagradable, de tener que vencer dificultades dándole al Hospital Pasteur un block quirúrgico que realmente muestra que lo esencial en un Hospital no es tanto el exterior como algunos detalles de su vida interior.

Dr. Venturino. — Quisiera decir dos palabras, a título de resumen de la comunicación que ha hecho el Dr. Gregorio.

Nosotros que actuamos con él en el mismo Servicio, podemos decir, y eso es una cosa que todo el mundo sabe, que la causa de las infecciones quirúrgicas actuales y el auge que han tomado son debidas fundamentalmente a la confianza que en los últimos veinte años han puesto los cirujanos y los médicos en los antibióticos. Está demostrado que estos no sirven absolutamente para nada en la prevención de las infecciones quirúrgicas. Entonces, desentendiéndose de los antibióticos, y volviendo a Lister. Todo lo que ha hecho el Dr. Gregorio ha sido ni más ni menos que volver a ochenta años atrás cuando Lister estableció perfectamente bien las disposiciones para evitar las infecciones quirúrgicas.

Dr. Rosa. — Felicito al Dr. Gregorio por su brillante exposición y estoy completamente de acuerdo con todo lo que ha dicho.

Voy a hacer algunas puntualizaciones, que se refieren al Hospital Pereira Rossell. La primera se relaciona con la vestimenta de los cirujanos y de las personas que entran a la Sala de operaciones. Aunque parece una redundancia eso no se cumple como debería cumplirse, a pesar de que hemos insistido mucho, tanto que hemos hecho los esquemas de la manera correcta e incorrecta de entrar en la Sala de operaciones. Sobre todo hago hincapie en una cosa que es fundamental en el Hospital Pereira Rossell y que quiero dejar bien claro acá: la falta del

uso de zapatones, sobre todo por los transfusionistas y anestesiistas. El Hospital Pereira Rossell no es un hospital son tres hospitales. Estos técnicos vienen caminando entre el barro y el pasto del hospital y entran así a la Sala de operaciones. No hay manera de hacerles colocar zapatones. Un día puede producirse un tétanos y los responsables seremos nosotros. De modo que damos la voz de alarma sobre eso.

En segundo lugar quiero referirme a lo manifiesto por el Dr. Gregorio en cuanto a dejar la piel abierta. Nosotros hace seis años publicamos en la Sociedad de Pediatría una estadística sobre peritonitis y apendicitis en el niño. Habían cincuenta peritonitis por apendicitis y ochenta y tres apendicitis aguda. En las cincuenta peritonitis se dejó la piel abierta y en ninguna hubo infección de la pared. En las ochenta y tres apendicitis aguda se cerró toda la piel y hubo cuatro flemones de la pared, lo cual corrobora lo que dijo el Dr. Gregorio.

Por último, quiero decir lo siguiente: si a mí me tuvieran que operar quisiera que lo hicieran en las condiciones que señaló el Dr. Gregorio.

Nada más.

Dr. Valls. — Tengo que felicitar al Dr. Gregorio y a la Clínica del Prof. Larghero por la actuación en el block quirúrgico del Hospital Pasteur. Nosotros, que hace tiempo que hemos trabajado en ese block quirúrgico, que hemos realizado guardias por cinco años en ese block, hemos visto las condiciones en las cuales se operaba. Hay que hacer notar a ese respecto que durante la guardia en ese mismo block se operaba cualquier cosa, entraban personas con la ropa y los zapatos que usaban en la calle para hacerse pequeñas intervenciones que realizaban los practicantes. Es decir que esa Sala quedaba en muy malas condiciones de asepsia. Uno se maravillaba de que no hubieran más infecciones en ese block quirúrgico. Evidentemente han disminuído las infecciones con esos cuidados. Pero debemos tener en cuenta también que la otra parte debe ser puesta por el cirujano y por el equipo quirúrgico, que el Dr. Gregorio también ha puesto de relieve. Hay que extremar el cuidado de la limpieza del cirujano, de las manos, en fin, de los tapabocas, que son "cache-nez" y no tapabocas, que deben tapar la nariz. Ya sabemos por el trabajo de Laka que un 75% de las mucosas nasales tienen estafilococos. El cirujano muchas veces, como actúa en centros docentes y donde se lavan estudiantes, tiene que tener el cuidado de controlar cómo se lavan los que le van a ayudar, porque muchas veces se nota una diferencia de infección entre las operaciones que se hacen de urgencia en la guardia y las que se hacen de mañana, y la diferencia estriba en que cuando uno opera de tarde, opera con personal ya habituado a operar y a lavarse, en cambio, cuando opera de mañana, no, y muchas veces ocurre que las infecciones son más frecuentes de maña-

na, cuando se opera en el Servicio regular de Cirugía que cuando se operan en la guardia. Es notable por ejemplo que nosotros que hemos realizado más de cuatrocientas operaciones en cinco años, hemos tenido muy pocas infecciones quirúrgicas y eso ha llamado enormemente la atención en el Hospital Pasteur.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que para que la contaminación se transforme en infección es necesario que encuentre un terreno apto, es decir que si el cirujano procede con cuidado al hacer las operaciones, no hace manoseos, ni destrucción de tejidos y hace una correcta hemostasis, es más difícil que se produzca la infección. En algunos cirujanos se ve más la infección porque las técnicas quirúrgicas no se hacen todo lo correctas que se deberían hacer.

Sr. Presidente. — Es evidente que si la extraordinaria importancia de este trabajo no hubiera quedado claramente reflejada en la exposición tan minuciosa del Dr. Gregorio, el interés que ha despertado en los asistentes le hubiera dado su espadarazo.

La Mesa se asocia a todas las expresiones y elogios de quienes hicieron uso de la palabra, especialmente en el sentido de destacar la importancia y el encomiable esfuerzo que ha desarrollado todo el personal de esa Clínica para reconstruir toda una organización que, evidentemente, a través de lo que nos ha relatado el Dr. Gregorio y de lo que hemos podido vivir en la época en que actuábamos en el Hospital Pasteur, era desastrosa. En ese aspecto el esfuerzo ha sido encomiable y también en el sentido de formar conciencia en el personal, y especialmente entre los cirujanos, sobre la importancia de tomar ciertas medidas en el acto quirúrgico para combatir esta grave complicación en el post operatorio.

Dr. Gregorio. — Realmente el calor con que ha sido acogida nuestra comunicación nos resulta sumamente halagador, porque es un premio excesivo al esfuerzo que hemos realizado al cabo de dos años de trabajo en favor de esta obra que nos fuera encomendada.

Hemos tenido muy fervorosos colaboradores y varias de las personas que han hecho uso de la palabra aquí, tales como el Prof. Piquinela, el Dr. Valls y el Dr. Venturino, como nuestro maestro, el Prof. Larghero, como el Dr. Suiffet, no presente hoy, han constituido pilares fundamentales en los que nos hemos basado para poder realizar esta mejora que nosotros consideramos importante y que ustedes han comprendido en toda su magnitud.

Quiero agradecer a todos las felicitaciones con que nos han honrado, al Prof. Yanicelli, al Prof. Piquinela, al Prof. Valls, al Dr. Venturino, al Dr. Folco Rosa, al Presidente, Prof. Bermúdez.

Al Prof. Yanicelli debo contestar que si bien no nos entusiasma totalmente esa medida que hemos tenido que adoptar, de establecer una

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Sala de cirugía séptica, las necesidades edilicias así nos obligan a proceder. Por otra parte es evidente que es mejor tratar juntos a dos infectados, que no poner juntos a un no infectado y un infectado. Asimismo, el concepto que tiene el personal secundario que se maneja en la preparación de esa Sala está en función precisamente del conocimiento de que se trata de una Sala de infectados. Casi hemos desterrado el formol de la Sala de operaciones, que no sirve para nada prácticamente. Lo hemos sustituido por el lavado con agua y jabón y el cepillado de las paredes. Eso permite que la Sala donde se ha operado un enfermo profundamente séptico, al cabo de una hora pueda ser recuperada y utilizada con otro enfermo también séptico, con garantías suficientes. Ya dijimos que contamos con la colaboración del Prof. Surraco en los estudios bacteriológicos realizados. Cuando nos hicimos cargo del block, en una de las Salas de operaciones, exponiendo una cámara de Petri durante treinta minutos, después de haber lavado la Sala, había setenta colonias, colocadas sobre la mesa de operaciones; en otra Sala había sesenta y siete colonias y en la Sala 3, la Sala chica, había noventa y una colonias. Al cabo del término del trabajo realizado, se ha colocado la cámara de Petri en cada una de esas salas y se ha encontrado una colonia por Sala. Es evidente que esto habla ampliamente de los resultados logrados.

En lo que tiene que ver con dejar o no la piel abierta, somos fervorosos partidarios de dejar la piel abierta. Hemos actuado como Cirujano de guardia durante seis o siete años observando esa conducta, hemos aprovechado la larga experiencia que el Prof. Larghero tiene en ese sentido y hemos llegado a las mismas conclusiones que el Dr. Fernández Chapella. Los enfermos supurados, que tienen pus en su vientre, cuando se deja la piel abierta no supuran nunca. Tenemos el 0% de infecciones de pared. La estadística que nos ofrece el Dr. Folco Rosa en ese sentido es perfectamente demostrativa. En cincuenta peritonitis en que se dejó la piel abierta no hubo ningún flemón de pared; en ochenta y tres apendicitis sin pus, apendicitis simples, cerrada la piel como correspondía, hubo cuatro flemones de pared. Comprendemos que molesta un poco a nuestro espíritu, sobre todo al principio, dejar la piel abierta, pero el hecho de dejar la piel abierta no prolonga la presencia de los enfermos en el hospital. Al cabo de quince días la piel está perfectamente cerrada. Se pueden ir de alta a los cuatro o cinco días, igual que los enfermos con la piel cerrada. Tomando ciertas medidas de acercamiento de bordes, etc. se logra que esa cámara que quedó abierta, cámara entonces poco acogedora para los microbios, se cierre cuando ya está dominado todo el factor infeccioso y el enfermo se recupere mucho más rápidamente que cuando lo exponemos al flemón de pared que invalida a ese enfermo socialmente — cuando no termina con su vida — y que crea para las condiciones económicas del hospital un problema realmente muy difícil y mucho más grave al constituirse en una fuente de irradiación de nuevas infecciones para los otros asilados.