

III CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

SEGUNDA SESION PLENARIA



Presidente

Dr. FERNANDO ETCHEGORRY

Vice-presidente

Dr. CARLOS V. STAJANO

Secretario General

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

Primer Auxilio y Transporte de Heridos Graves

Relator:

Dr. ARTURO BERHOUE



Martes 2 de Diciembre

Hora: 16

Dr. PRESIDENTE. — Se va a iniciar la Segunda Sesión Plenaria del Tercer Congreso Uruguayo de Cirugía.

Invito a pasar al estrado al Dr. José P. Otero, Pte. de la Sociedad de Cirugía y al Dr. Américo Agustoni, delegado de los cirujanos del Interior al primer Congreso.

Tiene la palabra el Dr. Berhouet.

PRIMER AUXILIO Y TRANSPORTE DE HERIDOS GRAVES

Dr. Arturo Berhouet

La buena asistencia del herido grave empieza recién cuando traspone la puerta del hospital. Antes de ese instante se pierden muchos enfermos. **Nadie sabe lo que la mala asistencia del primer momento cuesta en vidas o agravaciones.** Todo este capítulo extra-hospitalario no llega a la clínica. Enfermos anónimos, que no llegan a nuestras estadísticas. No se sabe nada de ellos, ni siquiera si con una más rápida y eficiente organización podrían haber salvado. No me cabe duda de que un cierto porcentaje de estas vidas sería recuperable.

Todos somos un poco culpables de habernos desinteresado de estos problemas. El cirujano de carrera cree de buena fé que su deber empieza cuando le es alcanzado el herido vivo en el hospital, y se pasará tantas horas como sean necesarias en la operación de elevada categoría indicada, pero no se enterará de aquellos enfermos que no le llegan por una posible deficiencia de organización, que sin embargo debiera ser de su íntima incumbencia.

Esa tarea es relegada en el mejor de los casos a practicantes bien instruidos y a enfermeros expertos, y la realizan cuando consiguen actuar con más premura que la policía y voluntarios circunstanciales, y su actuación consiste esencialmente en misión de transporte. Y sin embargo en los casos verdaderamente graves, es cuando la intuición del clínico avezado podría abar-

car de una ojeada el problema íntegro, podría adivinar la importancia de las lesiones, y hacer lo más oportuno; y además con su autoridad, **impedir que se haga lo que agravaría su suerte.** Si este experto traumatólogo fuera de la manera más rápida posible provisto de medios y con la determinación de salvar al herido a toda costa, recién podría hablarse de enfermos no recuperables actualmente, y habríamos cumplido con nuestro deber de llevar el umbral de lo fatal tan lejos como posible en el momento presente, tan lejos como lo permite el estado actual de la cirugía y la técnica. Nuestras ambulancias no hacen más que lo que hacían hace treinta años si acaso algo más velozmente.

Es éste solamente, el objeto de este relato. Me referiré pues a aquellos casos en que la muerte o la vida son cuestión de horas, dejando de lado la inmensa mayoría de los heridos, cuya suerte no se define por momentos, y cuyas primeras horas no son decisivas para su futuro.

Algunas realidades.

En los medios de campaña se vive en más íntimo contacto con el público y nuestros enfermos, y sabemos siempre los resultados finales de nuestra acción. Es fácil cerciorarse de las características de los accidentes y de la modalidad del primer auxilio. Los enfermos y familiares, circunstantes o nó, no se pierden nunca de vista y es siempre posible reconstruir la historia retrospectiva, amenudo llena de amargas enseñanzas.

Porque es muy frecuente que los grandes heridos se traten horrorosamente mal, y no creo que esto sea exclusivo de la campaña. Algunos ejemplos: A pocas cuadras del hospital un camión arrolló a un ciclista y una rueda le pasó por la pelvis produciéndole graves fracturas de pelvis y de fémur. **En un ómnibus de pasajeros** fué conducido al hospital en estado de choc extremo y, contra el mal transporte, ayudados por la pronta asistencia conseguimos salvarlo a base de pequeñas transfusiones repetidas varios días, apenas para mantener una circulación suficiente. Especialmente en accidentes de carretera es lo normal que cualquier vehículo **cargue a los heridos más graves en cualquier forma** y los acerque al hospital. He visto llegar sentados en autos y camionetas a graves fracturados de columna vertebral; cuatro en

pocos meses, ninguno de los cuales pudo ser salvado. A uno de éstos se había intentado hacerlo caminar, a otro se le dió como medio litro de caña, lo que como estimulante parece algo excesivo. Yo creo que los circunstancias son iguales en la campaña y en Montevideo y que la buena voluntad del más osado, dirige la conducta a menudo con flagrante inconveniencia para el futuro del herido. He visto **llegar sentadas personas sangradas a blanco** y algunas llegar muertas con un vómito en la boca. ¿Podrían haber salvado mejor asistidas?. nunca se sabrá. Estamos como dijimos al principio frente a muertes llenas de dolorosas incógnitas.

Estoy convencido que muchas de éstas. no se deben más que haber transportado un herido grave sentado, y creo fundamental que todos, absolutamente todos sepan que **sentar un enfermo grave es peligro mortal** y que la posición acostado o mejor en declive hacia la cabeza es importante para conservar o mejorar la vitalidad de los centros encefálicos en enfermos sangrados. Esta noción debe ser divulgada hasta el cansancio. En todas partes hay camiones y colchones para acomodar un herido sin agravar su estado. Así recibí de una estancia de gente culta un herido de vientre con intenso shock con amplia evisceración. Este enfermo pudo ser salvado. Si hubiera sido transportado en auto, seguramente no hubiera llegado con vida. Es el cirujano quien soporta los frutos de una mala asistencia extra-hospitalaria. A él le conviene dar la voz de alarma y la instrucción pertinente.

Algunos medios para mejorar la eficiencia. — Las noticias deben llegar **directamente** al centro médico cercano, transmitidas **directamente** por persona culta o instruída, que sepa explicar lo más certeramente posible y sin fantasía de que se trata; y ser recibidas por persona que sepa disponer al punto la categoría de auxilio necesario. No siempre serán los casos corrientes en que el transporte común es suficiente. Algunas veces se requerirá la presencia del médico o personal suficientemente instruído. La presencia del primero, **y bien provisto**, es fundamental en los casos medianos y graves por que las circunstancias son variadas al infinito y no caben en simples nociones para uso práctico. Por la misma razón no daremos indicaciones particulares para cada caso, lo que equivaldría a escribir un tratado de cirugía de urgencia. Hablaremos solamente en términos generales. Tan varia-

das como las lesiones son las circunstancias de horas, tiempo, accesibilidad, alejamiento de los centros. Para desenvolverse entre tantos factores cambiantes se necesita el criterio sedimentado, autorizado y sereno del médico.

Su primer acto. — Será corregir las modalidades de tratamientos seguidas hasta su llegada.

Hará al mismo tiempo en el lugar una rápida pero completa inquisitoria sobre circunstancias del hecho. La física del agente agresivo tiene gran importancia para precisar las lesiones y los datos someros pero completos serán transmitidos al que siga la asistencia. En las heridas por arma blanca es importante conseguir el arma é ilustrativo su minucioso examen previo al acto quirúrgico.

Cuando la vida está inmediatamente amenazada hay que hacer algo por ella inmediatamente, dejar para la llegada al hospital puede ser demasiado tarde. En cambio con circulación y respiración suficientes puede ser ventajoso posponer las terapéuticas de urgencia por un lapso moderado de tiempo. Las lesiones serán complejas pero todas confluyen a lo mismo, la amenaza de muerte, y el primer gesto también es simple, tratar de mantener la vida hasta donde sea posible, proveyendo a la nutrición de los parénquimas nobles. Su muerte, cuestión de minutos lleva fatalmente a situaciones irreversibles.

Transfusión por la vía factible hasta lograr si es posible una tensión aproximada de ocho, desobstrucción de vías aéreas, oxígeno en abundancia y a presión. Es hora de que la sangre y el oxígeno sustituyan al aceite alcanforado y la cafeína. Es más útil y benigno dar un litro de sangre que transportar el enfermo muriente a cien kilómetros hora.

La auto-transfusión, el vendaje oclusivo y compresivo de los miembros lesionados, morfina, analépticos, barbitúricos, posición declive o nó son cosas a usar con discernimiento por el médico o bajo su indicación. Todo esto es posible, aunque no hay costumbre de intentarlo.

Nuestras ambulancias comunes no están preparadas para estas técnicas pero sería muy sencillo adaptarlas. Agregándoles en el piso otro riel a distancia conveniente podrá situarse la camilla de modo que el enfermo tenga acceso por ambos costados.

...ualmente sencillo y no insisto en ello podrían improvisarse mecanismos para la sangre o plasma, o para oxígeno, o resucitador, - la posición declive.

No se me oculta que en heridas graves es amenudo dificultoso insertar una aguja en venas exángües y aún más en vehículos en movimiento. Este movimiento puede parar a poca distancia, donde no haya curiosos, la insensibilidad general facilita la busca de la vena, y en posición declive la yugular externa se ofrece generalmente accesible y útil como lo he comprobado varias veces.

Las infusiones intra arteriales en la carótida o la femoral, poco divulgadas, son técnicas a dominar y ensayar con confianza y optimismo. Para la infusión rápida de plasma he visto recientemente la posibilidad de hacerlo por vía subcutánea y rápidamente con hialuronidasa. No he tenido ocasión de ensayar esta técnica.

Es importante el ahorro y la provisión rápida de fluidos para la prevención del choc, que una vez instalado es un mal enemigo.

He puesto en primer término esta acción terapéutica precoz y activa, porque creo que es la que puede verdaderamente poner a flote algunos enfermos de otro modo irremisiblemente perdidos y sostengo nuevamente que ello es factible y que aunque el enfermo sea complejo la acción urgente es simple, generalmente al alcance de prácticos o idóneos dirigidos en las indicaciones por el médico.

Los tratamientos reanimadores son adquisición reciente. Refiriéndose a ellos y a los tratamientos modernos del choc traumático concluyen su documentado libro Creyssel y Suire: "Los resultados demuestran la importancia capital de una organización racional de los servicios de urgencia en práctica civil, si se quiere mantener y mejorar todavía los resultados obtenidos en cirugía de armada".

Luego, hay que impedir hasta donde sea posible que los daños del herido incrementen, que las lesiones se compliquen. No insisto sobre cosas muy conocidas y practicadas.

El Transporte: Corresponde luego conducir el herido donde pueda tratarse en definitiva. **El transporte es un mal necesario** y creo que en algunos casos, cuando puedan prestarse auxilios suficientes en el lugar puede ser diferido.

El transporte ideal no existe; todos son, para un herido grave, más o menos malos o chocantes.

Nuestras ambulancias terrestres son poco confortables y esperamos que en el futuro será estudiada una suspensión mejor, tipo Cardan por ejemplo y una mejor amortiguación. Como se trata de cosas muy conocidas diré solamente algo sobre transporte aéreo. Tiene entre nosotros un auspicioso desarrollo. Si bien distamos mucho del ideal debemos reconocer que los esfuerzos convergentes de la Aeronáutica Militar primero, de la Asistencia Pública después, de la iniciativa privada y de los aéros clubs del interior, han popularizado esta actividad y sus buenos frutos los recogemos ahora con algunos millares de traslados por año y con una seguridad casi absoluta, yo no conozco sino un accidente fatal en tantos años.

Contamos ya con varios y buenos médicos pilotos que utilizan la vía aérea como transporte de enfermos y de equipo para actuar a distancia, lo que ha permitido en muchas ocasiones llevar el primer auxilio con prontitud y eficacia. Cuanto más se realiza más se reclama y más nos exigimos. A nuevas conquistas nuevas aspiraciones, nuevos ensueños. La necesidad sentida sirve de acicate y estímulo para los que aman el progreso, para los que sienten la íntima satisfacción de abrir rumbos, de impulsar las cosas en vez de ser arrastrados pasivamente por ellas. Cada nuevo jalón aunque generalmente ingrato en lo personal no es más que un peldaño para ellos y dejarán que la vida cómoda y a la deriva sea para los demás.

No puedo proseguir sin tributar aquí mi homenaje emocionado al hombre que ha tutelado con abnegación y altruismo ejemplar cientos de vuelos sanitarios, que ha enseñado lo que es ascensoría médica radial, y lo que es buena y eficaz coordinación de transportes. Todos sabéis que me he referido al querido amigo Dr. Francisco Nicola Reyes.

En la primera conferencia Panamericana de Aviación Sanitaria que tuvo lugar en Montevideo en febrero de 1939 y en la que tuve el honor de intervenir como delegado de Salud Pública se establecieron los desideratums del avión para transporte de enfermos. Se pidió demasiado, porque se tuvo solamente en cuenta el avión para muchos heridos y de vuelo trans-oceánico.

Para nuestra necesidad el avión más útil es el que permite transportar un enfermo acostado con su acompañante y piloto. Tal avión es suficientemente ágil y práctico, y llena cumplidamente la mayor parte de nuestros requerimientos. Lo del acompañante es fundamental. Debe haber una persona al servicio especial del enfermo para todas sus necesidades. Otros aviones más chicos en que el enfermo va solo y amarrado detrás del piloto pueden ser muy útiles y pueden ser funestos, ya que el enfermo grave y sin conocimiento puede vomitar y morir por vía aérea obstruida.

El vuelo tiene pocas contra-indicaciones para enfermos aún graves. La **única contra-indicación práctica proviene de la depresión barométrica.** Un cierto aumento del meteorismo, aumento y peligro en neumotórax y en enfisema mediastinal. Con ambos casos me he encontrado: Un herido con disnea intensísima tenía una traumatopnea bilateral por heridas de arma blanca en ambos hemitórax. Me bastó enseñarle a inspirar y expirar profundamente mientras a mano limpia hacía de válvula en sus heridas. Para conseguir una cierta reexpansión de sus pulmones, ponerlo a flote y curarlo después. En otra ocasión en una sala de auxilio de campaña tuve que debridar de urgencia un enfisema mediastinal amenazante por herida de bala de la tráquea. Por eso digo que es fundamental la presencia del médico en los casos graves. Con un gesto simple pero precisamente indicado se puede poner a flote algunos heridos.

Resumen. — En las páginas antecedentes he condensado vivencias de muchos años de práctica en campaña y extractado enseñanzas. Si bien hemos realizado algo hay que confesar que queda mucho por hacer. Séame permitida una breve digresión. Para mejorar la asistencia de todos y de los heridos graves en particular hay que mancomunar esfuerzos entre autoridades, Salud Pública, Municipios, Policía, ciudadanos y médicos, porque los problemas atañen a todos en general.

En la esfera de la prevención, el Banco de Seguros, la Sociedad de Medicina del Trabajo, cumplen nobles esfuerzos. Buena parte de la tarea incumbe a la Policía y a la prensa. Opino con sinceridad que debe suprimirse de una vez por todas total y radicalmente de la publicidad los atentados delictuosos y los llamados crímenes pasionales. Estos hechos son producto de psicologías

mórbidas y su exaltación también. El contagio es evidente. Esperemos que éste y otros aspectos semejantes sean encarados en la campaña moralizadora que está en ciernes. La Instrucción Pública debe enseñar desde la niñez lo que no se debe hacer y lo que se puede hacer; principios básicos de respeto al herido grave, respeto por la posición providencial en que cae, como se difunden al pueblo por la Cruz Roja y la Defensa Pasiva, básicas enseñanzas.

Acaecido el hecho, y volviendo al tema, hay que coordinar actos con rapidez, precisión y eficacia entre público, policía y médicos, actuando estos últimos como supervisores sino como actores principales. La técnica debe estar en consonancia con las otras realizaciones. **Hay que inspirarse en las grandes catástrofes y en la guerra.** Todos hemos visto en los noticiarios infundir sangre o plasma a algunos heridos **en el lugar** y luego recogerlos en helicópteros.

La multiplicación de bancos de sangre y plasma, la plausible iniciativa de la Central de Sangre y Plasma enviando periódicamente sangre conservada al interior, la acción futura del Servicio Oficial de Sangre facilitarán este precioso elemento.

La Sociedad merece que haya alguna organización que disponga de equipos móviles. Después de realizados se comprobaría de utilidad, todos los días hay hechos en que estarían justificados. Opino de paso que tal equipo en Montevideo debe estar equipado y depender directamente de Traumatología a quien le serían dirigidas directamente las llamadas.

El desideratum de estos servicios sería conseguir llegar al hospital con el enfermo en estado de reversibilidad. Salvado el escollo extra-hospitalario la buena asistencia y en perfectas condiciones harían el resto. Apunto que se debe esperar mucho de las nuevas técnicas adaptadas de corazón artificial.

Para hacer verdadera obra de progreso debemos poner nuestras aspiraciones muy adelante. El ideal de perfección no lo alcanzaremos nunca. Espejismo inasible que escapa a nuestro entusiasmo realizador porque vive en nosotros mismos. Pero lo que más se acerque a él, o mejor como dijera un pensador nuestro lo que menos se aleje es lo mejor.

No vivimos en la utopía, los imposibles de hoy son la realidad de mañana, y el progreso vendrá algún día, aunque nos opusiéramos a él. Arrimemos nuestro esfuerzo recordando a Spencer: **Ningún esfuerzo prospera, sin un poco de ilusión**".

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE. — Antes de pasar a la discusión invito a pasar al estrado a los Drs. Ricardo Braceras, de Mercedes, José A. Mautone, de San Carlos, Juan C. del Campo y Eduardo C. Palma.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Bortagaray, de Salto.

Dr. BORTAGARAY. — Quería felicitar al doctor Berhouet por su trabajo, que es un trabajo que nos toca tan de cerca y que ha pintado muy bien la forma como llegan los traumatizados a los médicos del Interior, sobre todo a los que tenemos guardias en los Centros Departamentales.

Ya en el año 1948, en el 5º Congreso de la Asociación Médica del Litoral Norte de la República, presenté un trabajo: seis años de experiencia en cirugía de urgencia, en el que hacía consideraciones sobre lo que debía ser un servicio de urgencia, teniendo en cuenta las ideas expuestas por el Profesor Prat en el Congreso del Centro de la República, sobre creación de centros regionales y la forma de dotar a esos centros de los medios indispensables para el tratamiento de los traumatizados, sobre conducción por ambulancias o aviones.

En ese trabajo yo hablaba de organización de los servicios de urgencia, y cómo se les daba su verdadero valor dotando a los hospitales de los recursos necesarios para el tratamiento de los enfermos, de modo que pueda ser realizado con rapidez y en debida forma.

En esa ocasión, decía que de la operación en tales circunstancias pude depender la curación o la muerte. Hablaba del laboratorio, del banco de sangre y plasma y sobre todo me refería a la rapidez del traslado que el doctor Berhouet ha relatado muy bien, describiendo sobre todo la circunstancia del transporte aéreo.

En todos los Departamentos hay Aero Clubs Civiles. En Salto hay uno, del que obtuve las cifras, de 1947 a la fecha: 1.405 vuelos sanitarios, transportando enfermos de distintas características.

Como soy encargado de un turno de guardia del Hospital Salto y estoy en condiciones de apreciar el transporte rápido y cómodo de los traumatizados y sobre todo en nuestro Departamento, que es tributario de más de ciento veinte mil habitantes entre la ciudad y la campaña,

en la que tiene pequeñas poblaciones que no tienen médico, el transporte aéreo ha solucionado en parte ese problema. Claro que se presta a muchas situaciones en que los enfermos no necesitan el transporte aéreo, pero como no hay médico que pueda juzgarlo, no se puede negar, por la dirección del Hospital, la autorización para el vuelo.

Pero el hecho es que se han beneficiado todas esas pequeñas poblaciones con los vuelos sanitarios transportando enfermos de toda jerarquía.

Yo quería referirme a dos observaciones de heridos de bala de abdomen.

1ª Observación. — Hombre de 18 años que fué herido de bala en una localidad distante 140 kilómetros de Salto. Dos horas después estaba internado y en tratamiento del shock con transfusiones, etc. Fué intervenido en buenas condiciones encontrándosele ocho perforaciones en el intestino delgado y una de sigmoide; se resecaron treinta centímetros de delgado donde había seis perforaciones.

Se suturaron las restantes, y se exteriorizó el sigmoide con la zona perforada de acuerdo a lo preconizado en nuestro país por el Profesor Larghero, conducta con la que hemos obtenido excelentes resultados.

Este enfermo curó sin mayores complicaciones.

2ª Observación. — Joven de 16 años, que fué herida de bala en el abdomen en una población distante 180 kilómetros de Salto.

A las tres horas de su accidente pudo ser intervenida, constatándose siete perforaciones del delgado, las que se suturaron y una de ciego, el que se exteriorizó. Con transfusiones, antibióticos, sonda de Cantor, esta enferma se recuperó en perfectas condiciones.

Podría citar numerosas observaciones de fracturas graves expuestas, de traumatismos de cráneo, embarazos ectópicos, heridas de distinta naturaleza, cuadros agudos de vientre, etc., los que se han beneficiado con el transporte rápido desde zonas muy distantes de nuestra campaña, pudiéndose atender dentro de plazos muy breves, que permiten la recuperación a enfermos que, de otra manera, llegarían a nuestras manos con lesiones irreversibles.

Sr. PRESIDENTE. --- Tiene la palabra el Dr. C. Silveira.

Dr. SILVEIRA. — Voy a hacer uso de la palabra en el sentido de reconocer en primer término la labor honrosa e inteligente puesta de manifiesto en el relato por nuestro colega del Interior, que tan bien nos ha representado, y reconocer a la vez la justeza con que ha apreciado esa etapa de la asistencia o de la no asistencia de los accidentados, es decir, del accidentado antes de traspasar los umbrales de los Centros de Asistencia.

Es efectivamente el criterio que nosotros sostenemos en aquella apartada zona donde actuamos en el Departamento de Cerro Largo, nuestras ideas han sido inspiradas un poco también (y voy a repetir las pa-

labras del Doctor Bortagaray) por el pensamiento expresado por el Profesor Prat en el Congreso Médico, creo que del año 1944, realizado en la ciudad de Durazno. Allí decía el profesor Prat que para mejorar la asistencia de los enfermos, lo fundamental es lo que se refiere al transporte, especialmente en el Interior de la República, más que ir a la multiplicación de los Centros, de los modestos centros de asistencia, habría que ir a los centros regionales y equiparlos de manera tal que se pudiera hacer el traslado lo más rápido y lo más cómodo posible y con la mayor solvencia científica posible, ya fuera, decía el doctor Prat, en ambulancias terrestres o en ambulancias aéreas.

Embebido de este pensamiento, es que yo dirijo mi pensamiento en forma de gratitud a aquella población de Cerro Largo que por iniciativa completamente privada acaba en este momento, de dotar al Centro regional de Cerro Largo de dos espléndidas ambulancias aéreas que se complementan en su acción: una pequeña ambulancia destinada al traslado de un solo enfermo de aquellas zonas donde no es posible contar con transporte más adecuado, con enfermeros, con médicos, como sería posible en una ambulancia grande; y una ambulancia de mayor radio de acción y de mayores condiciones, de mayor performance para aportar desde el Centro Departamental de Salud Pública de Cerro Largo, el herido o el enfermo si fuera necesario a los centros capitalinos de asistencia. Así está organizada la asistencia y transporte de enfermos en aquel Departamento y puede decirlo desde hace unos días, porque el servicio acaba de inaugurarse esta semana, de que el pensamiento ya dió fruto y eso ha sido posible mediante una colecta popular con el mayor de los éxitos.

Yo actúo en el Departamento de Cerro Largo, desde hace más o menos diez años y recuerdo perfectamente que en los primeros tiempos de mi actuación, para trasladarme de Melo a las zonas de la 8ª de Tacuarembó y de Rivera, que distan tan sólo entre 65 y 70 kilómetros, comprendido el paso del Río Negro, empleábamos tres horas de ida y tres horas de vuelta con el enfermo; es así que he podido trasladar heridos de abdomen, heridos de intestino delgado o grueso, en donde la intervención quirúrgica, demás está decirlo, tiene que ser lo más precoz posible.

Ahora, ya podemos decirlo con orgullo, ese tipo de herido puede ser trasladado entre 15 y 20 minutos al Centro Departamental donde se puede prestar la primera asistencia.

El inconveniente de los aviones chicos como dice el doctor Berhouet muy bien, radica en que lleva una sola camilla detrás del piloto y es imposible hacerlo acompañar por enfermeros o persona competente y un enfermo, estando en obnubilación o shockado, es posible que se accidente en el traslado por breve que sea. No obstante, las últimas ambulancias cuentan con una camilla anatómica que mediante elementales instrucciones impartidas al propio piloto, es posible que éste en el curso del breve viaje, porque se trata de viajes de 15 y 20 minutos pueda darle

posición anatómica a la camilla y evitar que el enfermo en la emisión de un vómito lo aspire y se accidente.

En lo que respecta a la ambulancia de mayor radio de acción no tengo nada que agregar; es la última palabra en materia de transporte de enfermos: médico, radiología, transfusión; y puede ser hecho el traslado, supónganse, del Centro Departamental de Salud Pública a la Capital, recibiendo cualquier clase de auxilio médico.

Yo, después de reiterar mi reconocimiento por el relato del doctor Berhouet, no tengo más que expresar, señor Presidente.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Mernies.

Dr. MERNIES. — Hubiera sido una descortesía de cualquiera de nosotros no haber hecho uso de la palabra en este momento, para reconocer y agradecer a nuestro compañero del Interior el muy acabado y bien meditado trabajo que nos obsequia en este Congreso. No esperaba que un tema un poco árido, evidentemente, pudiera dar margen a tanta brillantez.

Ahora, desde luego, yo tengo la impresión que cada región del país necesita una organización distinta. Completamente de acuerdo con el doctor Berhouet, es necesario que cada uno que está sintiendo las necesidades de la región, organice e impulse el movimiento que ha de llevar los medios necesarios para paliar esa situación evidentemente denigrante para el país. Denigrante porque lo que sucede ahora en la más remota región del país, a veces sucede aquí dentro de la Capital.

Vean bien ustedes, que no todos los centros asistenciales están dotados a veces de la más mínima y más necesaria medida para poder estar en condiciones de asistir un enfermo grave traumatizado o herido.

Por eso creo que la primera cosa que hay que hacer es dar eficiencia en una región a un centro del cual se ha de irradiar la acción para las distintas regiones que tenga que servir.

Cada una de esas regiones va a exigir una distinta organización, también, que estará de acuerdo con la intensidad o mejor dicho con la frecuencia con que se repitan esos accidentes.

Vean ustedes bien que a 50 kilómetros de aquí es muy difícil que le llegue a usted un enfermo ni a los centros vecinos ni mismo a la Capital, sino que sea trasladado en pésimas condiciones.

Creo que todas esas cosas son debidas precisamente a nuestra falta de interés en el asunto. Me parece que es de competencia de los cirujanos y de quienes tienen la responsabilidad formal de lo que es necesario hacer como mínimo para poder subsanar todas esas deficiencias.

En la carretera de Colonia es muy difícil recorrerla sin que usted vea un accidente en ningún día de la semana, o del mes. Muere gente sin asistencia, primero.

Segundo, llegan enfermos graves que se hacen irreversibles como dice el doctor Berhouet.

Y llegan otros enfermos que es una pena verlos, llegan a veces en una camioneta, a veces en un camión como el mejor traslado y otras veces traídos no sabemos cómo. El hecho en sí es que esas cosas no están subsanadas, pero seguramente en San José están en condiciones de hacerlo, porque no contaba con los medios esenciales con que en la actualidad podemos recurrir, ni porque tampoco nosotros nos hemos preocupado en ello.

Desde San José acabamos de comprar una ambulancia que nos ofrecen en condiciones extraordinarias y San José no está evidentemente en las mismas condiciones que los colegas que han hablado desde otros Departamentos, en donde seguramente el vuelo sanitario es necesario, porque de otra manera no pueden concurrir con la premura y concurrir con la eficacia que debe hacerse en esos casos en el tiempo requerido.

Bien, San José tiene muchas carreteras, casi no tiene punto no accesible por distintos lugares, hacia los sitios donde se produce con más frecuencia esos accidentes y bien, yo creo que una ambulancia bien servida, con un puesto de socorro, le basta a San José y colocar un hombre a quien se le haya adiestrado para que pueda recoger al enfermo, tener una pequeña noción de cuál es el estado de gravedad, nada más, y tener en sus manos sangre, plasma, oxígeno y el material necesario para poder contener una hemorragia o que pueda hacer una curación compresiva.

Y mientras tanto, una cosa que es fundamental, son los medios de comunicación, sea teléfono o por radio, el que fuera, que de inmediato ponga en contacto con el centro más cercano, un técnico que pueda saber, porque los pueblos no cuentan con los recursos necesarios para tener en cada lugar que se puedan producir los hechos, un técnico con eficiencia.

Esa es la verdad: en San José tenemos organizado lo siguiente: una ambulancia que la va a comprar el pueblo, un puesto de socorro que necesita el vecindario con un enfermero, chofer y enfermero, dentro de esa ambulancia, y puesto de socorro, habrá todo lo necesario como medicación, desde el plasma y sangre que se cambiará desde San José el tiempo requerido, para que no se pierda y sea utilizado en el Centro y tener siempre sangre fresca del tipo universal, y el plasma que será el plasma que se irá produciendo allí, plasma seco. Esto y el oxígeno, como dice el doctor Berhouet, es cuestión de adaptarlo en cualquier lado, que se puede hacer a requerimiento, cuando sea necesario. Mientras tanto lo que hay que tener es una buena línea telefónica o de lo contrario tener esas radios de onda corta, que por comunicación inmediata o ya sea con la policía, con el servicio policial, o con una estación que se pudiera alquilar.

Nosotros buscamos la colaboración de las autoridades para que ellas organicen la vigilancia de las carreteras que es uno de los factores

que son más funestos y son las causas casi principales de los accidentes en las carreteras. De tal forma que creemos que lo que sea necesario en una región, es posible que se pueda hacer con mucho menos en otra, pero lo que dice el doctor Berhouet es necesario la compenetración no sólo de quien tenga la obligación de informar y de asesorar los problemas sino la colaboración de las autoridades ya sean nacionales o municipales y la población que va a beneficiarse de ello. Y vean ustedes, que si hablamos de una carretera ya no se trata de un sector de una región que va a ser beneficiada; a veces resulta media República beneficiada.

La carretera de Colonia está transitada casi por la mitad de la población de la República. De manera que así nosotros tenemos una organización de vasta propaganda para hacerla a través de la carretera o de todos los medios que sean necesarios y aprovechar los organismos que tienen un poco la obligación y la atribución, de velar por todas esas cosas.

Vuelvo a reiterar mi felicitación al doctor Berhouet, agradeciendo.

Sr. PRESIDENTE. Tiene la palabra el Dr. Caprio.

Dr. CAPRIO. — En primer lugar desee pedir la palabra para felicitar a mi estimado y viejo amigo, el doctor Berhouet, por su brillante disertación, que para mí ha sido realmente una novedad. Porque pensaba yo que nos iba a hablar sobre todo de aviones, él que es tan amigo de los aviones, y resulta que nos ha hablado de principios quirúrgicos generales, modernos, absolutamente modernos, que en la guerra se han visto todos los días y como él lo dice, en los noticiarios de los cines se ve cómo se hace una transfusión en el campo de batalla a un soldado; en cambio, no digo en campaña, en la Capital, hay que esperarla para conseguirla en el Hospital.

Desde luego la falla fundamental la aporta el doctor Berhouet, creo que es en una cosa de orden general. En nuestro país se dedica poca atención a la Medicina Preventiva; me parece que está muy bien, y el resultado obtenido es extraordinario, pero no hay duda que hay que dedicarse a organizar la Medicina de la terapéutica, que ha sido dejada de lado desde hace mucho tiempo, y la prueba la tenemos en el Hospital Pasteur.

Ustedes que, como yo, han asistido a la iniciación, o mejor dicho, lo han conocido desde su iniciación, lo único que falta es la venida de las neumonías, que se cerró con los vidrios que se pusieron en el piso superior; lo demás está más o menos igual, salvo alguna iniciativa de los Jefes de Servicio actuales, que por su aporte particular han llegado a ser Servicios; lo demás sigue prácticamente igual. En el Hospital Pasteur, cuando trabaja el Servicio de Rayos X. no marcha el ascensor, y si hay un enfermo operado, la enfermera le pregunta: ¿Quiere que se lo lleve sentado o caminando? Hay esas deficiencias que pongo a

titulo de ejemplo y que surgen de la falta de precaución en las organizaciones de la parte terapéutica propiamente dicha.

En ese sentido pues, creo que el relato del doctor Berhouet es altamente instructivo y debe servir de punto de partida para que se llame atención a las autoridades competentes en el sentido de que hay que organizar definitivamente y de una vez por todas, los servicios de urgencia.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Prat.

Dr. PRAT. — Creo que hay que felicitar sinceramente a las autoridades del tercer Congreso Uruguayo de Cirugía y al relator oficial de este tema porque es de una importancia capital. Es un tema humano, importante, de jerarquía y de gran progreso. La cuestión de su aplicación es precisamente velar por la salud del traumatizado, de los enfermos graves y urgentes. Algunas veces, en mis giras por campaña, cuando iba en misión cultural en los distintos Centros Departamentales, me he ocupado de este asunto y le agradezco a los colegas que han recordado con afecto, con cariño, esa gestión que hemos hecho.

El doctor Berhouet ha estado brillante en su disertación, buscando el mejoramiento y el perfeccionamiento de esta asistencia, ahora si no he entendido mal, creo que él se ha referido fundamentalmente al traumatizado, a los heridos urgentes, aunque comprende todo caso que requiera asistencia de urgencia indudablemente, pero con una orientación fundamental, de que el paciente sea asistido lo más pronto y oportunamente posible. Considero que en esta iniciativa, éste es el primer trabajo de jerarquía que se hace y hay que tratar de perfeccionar lo más posible, los métodos para llegar a un progreso completo. Creo que hay que establecer categóricamente que para la asistencia de urgencia en el país, conviene establecer zonas asistenciales y en ese sentido creo que en todos los Departamentos tiene que estar el Centro Departamental perfectamente equipado, notablemente equipado, que no merezca ninguna crítica y entonces un traumatizado de urgencia, uno de esos heridos que se han mencionado aquí, una lesión de gravedad, de cirugía, incluso peritonitis, etc., debe ser llevado inmediatamente al Centro de asistencia y por eso deben de tener esas ambulancias perfeccionadas o, mejor de todo, el avión ambulancia sanitario.

De manera que deberá ya de quedar establecido que en todo Departamento tiene que estar ese Centro Departamental perfectamente equipado con todo lo más perfeccionado, como tienen los centros capitalinos, vale decir: la anestesia por gases, oxigenoterapia, centros de reanimación y especialmente los técnicos perfectamente capacitados y entonces un enfermo de esta clase no puede quedar en una sala de auxilios, en un pequeño hospitalito sino llevado rápidamente al Centro o llevado lo más pronto posible, lo más inmediatamente posible.

Otra cosa que, para organizar los servicios de urgencia, se puede hacer, es conseguir que todos los cirujanos en su Departamento, esta-

blezcan una comisión encargada de reglamentar la práctica de cirugía de urgencia, en la cual estarían asistidos por una comisión de damas que se va a poner en contacto con los otros elementos del gobierno departamental para tener todos los recursos que sea necesario en primer lugar: la policía, las comunicaciones, etc. y en este sentido, como dice muy bien el doctor Mernies, yo creo que es fundamental que ese Centro de urgencia tenga comunicación inmediata con todo el Departamento, sobre todo la comunicación telefónica o por radio, como sea, pero que pueda llegar a los ámbitos más alejados de ese Departamento.

Para sintetizar y para concluir, creo que no es sólo el herido de urgencia; también el enfermo de oclusión o el peritonítico que está a 40, 50, 60 leguas de un Centro de Asistencia merece la máxima atención de Salud Pública. En mis excursiones de cacería por la campaña, más de una vez he pensado, qué le pasaría a un ciudadano de éstos, fornidos, honestos, si tienen una perforación o si tienen una oclusión, ¿cuándo llegan a manos del médico? A uno, dos, tres días, o lo pueden ver a los cinco días. Eso hay que modificarlo y esta organización es la que debe hacerse en todo lo posible. En este sentido, las comunicaciones pueden hacer mucho y entonces tener aviones ambulancias de tracción mecánica especiales. Para este tipo de asistencia, es muy conveniente saber, considerar que un enfermo que tiene una oclusión intestinal, si va con una enfermera o una nurse que sabe cómo actuar, ya puede colocarle una sonda intestinal y con esto el enfermo a las 4 o 5 horas, puede llegar al Centro de Asistencia, en mejores condiciones que un enfermo que no ha sido atendido para nada y esto no creo que pase solamente en campaña, sino que pasa en nuestra propia capital.

Considero que este informe del doctor Berhouet, tiene que ser la iniciación, el paso fundamental, para la organización de todos los cirujanos de la República, para mejorar y perfeccionar la cirugía de urgencia en nuestro país.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Stajano.

Dr. STAJANO. — Declaro que la comunicación del doctor Berhouet me ha emocionado profundamente por el sentido altamente humano de su preocupación y sobre todo por haber comprendido tan claramente la verdadera situación del médico de tierra adentro, que tiene que enfrentarse con la situación tan perfectamente especificada y descripta con tanto brillo por el doctor Berhouet.

Este relato deberá ser objeto de una divulgación muy amplia por la trascendencia del problema que detalla y estudia. Si bien nosotros los cirujanos no desconocemos la existencia de esos casos que deben ser tratados en pésimas condiciones la mayor de las veces por la circunstancia de la lejanía y del transporte, esto tiene una trascendencia tan grande, que debe ser perfectamente informado a las organizaciones públicas encargadas de disponer de los medios necesarios para que esas cosas no sucedan.

Es de destacar que la comunicación del doctor Berhouet traduce el empeño propio de un hombre que ha tratado de resolver personalmente las circunstancias y eso es halagador y eso es extraordinario porque posiblemente el doctor Berhouet ha llegado a esa conclusión después de haber visto morir a mucha gente y de haber visto fracasar muchos intentos y después de haber visto que no puede salvar un hombre que podía ser salvado en otras circunstancias y posiblemente empezó con sus tentativas de vuelo, se hizo aviador y le gustaron los aviones; no fué simplemente por motivo de placer sino que encontró la forma práctica de organizar, un Servicio sanitario por aviones. Creo que si mal no recuerdo, fué el primero de los médicos particulares que utilizaron el avión para ese fin.

Dr. BERHOUET. — Tuve el honor de ser precedido por los Dres. Manuel Rodríguez López y Enrique Lamas, aunque ignoro si ellos utilizaron la vía aérea como medio de asistencia.

Dr. STAJANO. — Más todavía: la comunicación del doctor Berhouet pena es que no tenga público de otra clase, y que sea puramente concurrencia de cirujanos. El público debe compenetrarse de este problema tan grande y humano que ha desarrollado, puesto que es de la iniciativa privada, más que de los Poderes Públicos, que esta obra puede tener andamiento, después la perfeccionará el Estado, después la tomará el Estado, pero la iniciativa ha sido primero privada y ha sido la única que ha podido llevar a término el asunto.

Otro aspecto del problema planteado por el doctor Berhouet es el que atañe a la multiplicación de los hospitales en el Interior de la República.

Es un problema de altísimo interés para el Ministerio de Salud Pública.

Estoy de acuerdo con lo que dijo aquí, que el doctor Prat de pequeños hospitalitos o pequeñas policlínicas que cuestan un platal acuerdo al costo y suplirlos por medio de transporte rápido a los grandes Centros Departamentales bien dotados en material y personal, lo que evidentemente resultará más económico a Salud Pública que la multiplicación de hospitales, simple instalación y mantenimiento, multiplica enormemente el verdadero costo de lo que podría costar con servicio de transporte regularizado a Policlínicas centrales.

De manera que esta comunicación del doctor Berhouet a mí me ha resultado sumamente interesante, me parece que ha justificado el esfuerzo de los que asisten al Congreso.

Me parece que es tan básico, tan importante y trascendente que yo con toda satisfacción tributo mi felicitación y agradecimiento al relator oficial.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Yannicelli.

Dr. YANNICELLI. — Aun cuando yo no tuve el placer de oír la comunicación del doctor Berhouet por los comentarios que se están haciendo, me adhiero a las felicitaciones que se prodigan.

Como se está relacionando con la posibilidad de organización en el Interior del país de carácter asistencial, con disminución de policlínicas y tal vez de algunos Centros Auxiliares, yo quiero hacer notar de que este asunto, debe ser motivo de un estudio más profundo. Tenemos que colocar el problema asistencial en el momento que está y que vamos a evolucionar dentro de poco y tenemos que tener en cuenta que dentro de poco el Uruguay, como otros países de América y del mundo, para ir a una organización de seguro social. Yo creo que nosotros no tenemos que perder una pieza ni cambiar nada de lo ya construído, para cuando se pongan en marcha esa organización, que fatalmente vendrá porque nos está rodeando y la legislación social del Uruguay va a tener que ponerse al día. Yo creo que no debemos perder nada. Es un poco la ilusión que tuvieron sobre el Hospital Pasteur y Maciel cuando se empezó a crear el Hospital de Clínicas. Basta viendo la organización de otros países que con la población mayor se van acrecentando y no tenemos locales no sólo para enfermos, sino para sanos. Me parece que el trabajo del doctor Berhouet y las orientaciones nuevas con el complemento de lo que ya tenemos, y lo que ya tenemos no quitarlo, sino mejorarlo, y hay centros regionales además de los centros departamentales, yo hablaría de Carmelo que tuve oportunidad de ver, que es un verdadero ejemplo de verdadera asistencia; creo que los enfermos de Carmelo, gracias al apoyo particular de los médicos, cuentan con radiólogos, con transfusionistas, con radioterapia, fisioterapia, etc., con más de lo que cuentan los enfermos de la Capital, en Montevideo, en algunos sectores. por ejemplo, un niño que llega al Hospital Pereira Rossell con fractura, tiene que hacerle un examen radiológico, de invaginación, tiene que esperar 4, 5 horas, y no se consigue en cambio la colaboración particular de los médicos. hace que aparezca a las cinco o seis minutos. Lo mismo pasa con la transfusión. Nada más que para decir que todo esto es lo que hay que agregar, a lo que ya hay, y lo que hay, hay que mantenerlo en vista a la organización de futuro en materia asistencial.

Dr. ETCHEGORRY. — Si nadie hace uso de la palabra, le daremos la palabra al señor relator, que tiene diez minutos para responder a lo que se ha dicho.

Dr. BERHOUET. — En pocos minutos, señor presidente, porque he tenido la suerte de que he sido apoyado y no rebatido. Agradezco los aportes del doctor Bortagaray y del doctor C. Silveira sobre los datos que aportaron, datos precisos de asistencia en campaña. Yo hubiera querido traer muchos datos, que obran en mi poder sobre todo de la acción desarrollada en estos momentos. Agradezco también las palabras del

amigo doctor Caprio, del doctor Mernies, a quien felicito porque ya tiene en marcha una organización, y al profesor Prat y a Stajano, francamente que me alegra extraordinariamente haber conseguido despertar su interés y las palabras de ellos me hinchán de enorme vanidad. También estoy de acuerdo con el doctor Yannicelli, en que en muchos casos la asistencia en campaña, podrá no ser hecha tal vez con cerebro tan capacitado, como los de la Capital, pero en cambio se hace a menudo en forma más rápida y tal vez con más amor. Y a todos les agradezco el interés que despertó esta comunicación modesta.