



# Revista Hispanoamericana de Hernia

www.grupoaran.com



## Nota histórica

# La escuela quirúrgica argentina desde el Virreinato del Río de la Plata y sus aportes a la cirugía de la pared abdominal

## The Argentinian surgical school from the Viceroyalty of *Río de la Plata* and its contribution to the surgery of abdominal wall



**Carlos Alberto Cano**

Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía. Unidad de Paredes Abdominales. Servicio de Cirugía General. Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy (República Argentina)

**Recibido:** 22-10-2017  
**Aceptado:** 26-10-2017

### Palabras clave:

Escuela quirúrgica, cirugía, historia, paredes abdominales

### Key words:

Surgical School, history, surgery, abdominal walls

## Resumen

La cirugía argentina no nació un día como los mortales, sino en una época que se inicia con la llegada de Sebastián Gaboto al Río de la Plata, allá por el año 1527. A partir de esta primera etapa se fueron sucediendo distintas épocas de la cirugía en general y la de las paredes abdominales en particular.

En esas distintas épocas, un grupo de cirujanos ha contribuido hasta nuestros días a enriquecer la cirugía de las paredes abdominales con sus comunicaciones, descripciones de técnicas y experiencias.

El objetivo del presente artículo es recordar a esos pioneros de la cirugía argentina en los siglos pasados y sus aportes en el desarrollo de la patología de la pared abdominal.

## Abstract

Argentine Surgery was not born a day as mortals, but in an era that began with the arrival of Sebastian Cabot to the Río de La Plata, back in the year 1527. From this first stage, different times of surgery were happening in general and abdominal Wall in particular. A group of surgeons, in such different times, contributes to its communications, descriptions of techniques and experiences to enrich the surgery of the abdominal Wall to this day. The aim of this article is to remind those pioneers of Argentine surgery, in past centuries and its contributions to the development of the pathology of the abdominal Wall.

\* *Autor para correspondencia.* Dr. Carlos Alberto Cano. Pasini Bonfanti, núm. 2488. Barrio Bajo La Viña. Departamento General Belgrano, San Salvador de Jujuy (República Argentina). Teléfono: 54 3886866598. Correo electrónico: [canojuj@gmail.com](mailto:canojuj@gmail.com)

2255-2677/© 2018 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.100>

*Conflicto de intereses:* Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Introducción

Ortega y Gasset dijo: «El pasado no viene hacia nosotros: nosotros vamos hacia el pasado, volvemos a él merced a esa condición del ser humano que le permite movilizarse libremente por todas las dimensiones de su tiempo y ser igualmente futuro, presente y pretérito. Recordar lo vivido se hace para afirmar el porvenir».

La historia de la República Argentina es eminentemente política y militar, bien se la estudie desde el Descubrimiento y la Conquista (1515), bien se limite la investigación a los doscientos siete años que nos separan del pronunciamiento revolucionario de 1810.

La historia de la cirugía argentina, sin embargo, no coincide con las distintas épocas de la historia argentina, que desde el periodo colonial, pasando por dictaduras y dos contiendas mundiales, termina en nuestros días después de la organización de Mitre y Urquiza.

Con Sebastián Gaboto llegaron al Río de la Plata, en 1527, los maestros Pedro de Mesa, Fernando de Molina y Juan y el bachiller Fernando de Alcázar. Regresaron a España después del ataque de los indios querandies al fuerte Sancti Spiritus.

Pedro de Mendoza fundó Buenos Aires por primera vez en 1536, y trajo consigo al bachiller Hernando de Zamora, a quien se consideró como el primero que ejerció el arte de curar en la incipiente población de entonces (1).

Fundada Buenos Aires por segunda vez en 1580 por Juan de Garay, es necesario llegar al año 1605 para que, en las actas del cabildo, el cirujano Manuel Álvarez, dispuesto a curar a españoles y naturales del país por cuatrocientos pesos anuales más el pago por ungüentos y medicinas, sea aceptado para ejercer.

Fue en 1780 cuando el Virrey Vértiz creó el protomedicato, pero apenas 18 años después fue autorizada por el rey para la enseñanza de medicina y cirugía. El primer catedrático de cirugía fue el cirujano de presidio don José de Capdevila (1). Tiempo después, y ante la queja de los jefes de los ejércitos libertadores por la falta de cirujanos en sus filas, la Asamblea del año XIII aprobó la enseñanza de medicina propuesta por Cosme Argerich, para lo que se creó el Instituto Médico Militar.

Sin lugar a dudas, la creación de la Universidad de Buenos Aires en 1821 constituyó un hecho auspicioso para el adelanto de las ciencias y la medicina (y la cirugía entre ellas). Esta última fue dictada un año después por Cosme Argerich, que resultó ser el primer profesor de la materia en la Universidad de Buenos Aires.

Los acontecimientos que en definitiva tuvieron impacto en la práctica quirúrgica surgieron a partir del año 1852 con Juan José Montes De Oca (1810-1875) (1). Cuando aún no se había graduado, a la edad de 19 años, fue designado por el presidente Rosas al cargo de la cátedra de Anatomía. Montes de Oca ocupó un lugar de la cirugía argentina en la era preantiséptica, donde la infección era un escollo para el desarrollo de la práctica quirúrgica. Una bronquitis crónica, tenaz y molesta, acabó con su vida a la edad de 65 años.

Manuel Augusto Montes de Oca, su hijo, heredó la cátedra de Anatomía de su padre y difundió el sistema listeriano, implementando la antisepsia por primera vez en nuestro país (fig. 1). En esa época, la erisipela, la piohemia y la podredumbre del Hospital General de Hombres originaban los desastrosos resultados de las intervenciones de Monte de Oca. Un mensaje a sus discípulos reclamaba la demolición del viejo nosocomio en nombre de la humanidad, así como los republicanos de Francia lo hicieron con la Bastilla en nombre de la libertad.

Para evitar estas infecciones (incrementadas con el uso de una única esponja embebida en infusión de eucaliptos contenida en una palangana enlozada) y curar heridas, erisipelas, gangrena e infección purulenta, alquilaba una pieza al lado del hospital donde desarrollaba sus cirugías. Infería, así, cuando las cosas andaban mejor, que el «medio nosocomial» era el responsable de todos los desastres. Una litiasis vesical, que ni el propio Guyon quiso resolver cuando Montes de Oca visitó París, determinó una uremia que terminó con su vida, a la temprana edad de 51 años.

Cuatro días después se designó a Ignacio Pirovano al frente de la cátedra de Anatomía, en 1871. Becado por el gobierno de Buenos Aires, permaneció en Europa al lado de Péan, Verneuil, Richet y, principalmente, Nélaton (fig. 2).

Probablemente sea Pirovano quien comenzó con los aportes en cirugía de la pared abdominal a través de su tesis doctoral *Herniotomía en la hernia estrangulada*. Introdujo en nuestro país el uso del microscopio, y en 1879 ocupó la cátedra de Medicina Operatoria como profesor titular (1). Su fama determinó que cirujanos de países vecinos visitasen su servicio, atraídos por su justo renombre. Su única debilidad, el temor al fracaso, no fue impedimento para salvar a su hija, que con un cuadro de asfisia lo llevó a intervenirla y salvarle la vida.

Pirovano, continuador de la obra iniciada por Montes de Oca, abrió, entre nosotros, nuevos y más amplios horizontes en la cirugía, con la práctica de la antisepsia. Las operaciones, antes tan

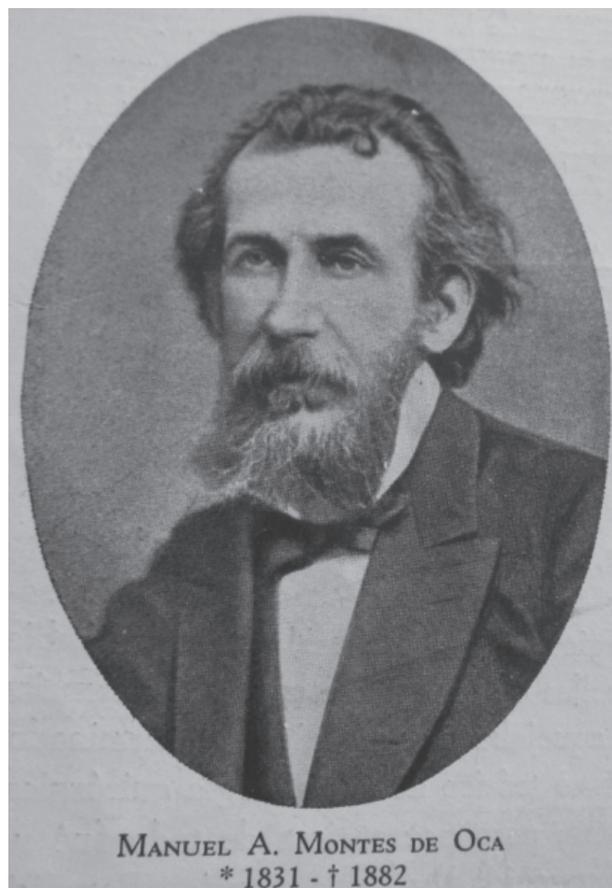


Figura 1

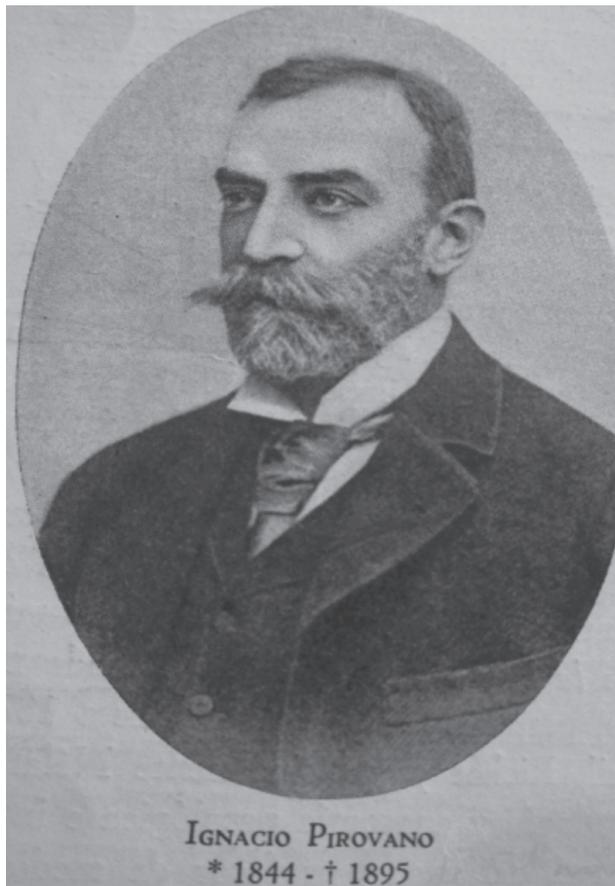


Figura 2

temidas, llegaron a ser un recurso de uso corriente gracias a su saber. Un neoplasma de lengua terminó con su vida el 2 de julio de 1895. Singular coincidencia que Montes de Oca y Pirovano, eximios operadores, murieron en la plenitud de sus vidas, antes de cumplir los 51 años.

Julio Arraya escribió un *Tratamiento quirúrgico de las hernias*, y citó una operación de hernia realizada por el Dr. Justo en 1891 en el Hospital de Crónicos con instrumentos esterilizados, región afeitada el día anterior y la piel cubierta 12 días antes de la cirugía con compresas embebidas con bicloruro de mercurio al uno por mil.

En el año 1896, el Dr. Juan B. Emina escribió su artículo «Tratamiento de las hernias inguinales en la infancia».

Corresponde al Dr. Julián Aguilar el mérito de proponer una técnica quirúrgica para la cura radical de las hernias inguinales, procedimiento que se conoce en el mundo asociado al del Prof. Mugnai, cirujano italiano, que parece haberlo propuesto simultáneamente. El procedimiento consiste en crear una fuerte pared prefunicular a expensas de los tres músculos anchos del abdomen, suturados en un solo plano al arco de Poupert. Sus resultados se describen como excelentes (*Curación radical de la hernia inguinal por el método operatorio del Dr. Julian Aguilar*, 1897). Una afección pulmonar crónica terminó con su vida a la temprana edad de 48 años.

La historia de la cirugía de la pared abdominal puso al Dr. Andrés Llobet, junto con Pirovano, como los cirujanos que brin-

daron aportes importantes. Entre sus trabajos figuran *Apuntes de cirugía: hernia inguinal simple* (1886) y *Eventraciones y hernias de extraordinario volumen* (1901). Llobet falleció en 1907 a la edad de 41 años, víctima de un epiteloma de la piel de la región temporal izquierda.

También cabe mencionar al Dr. Avelino Gutiérrez, cirujano distinguido, que publicó *Cura radical de la hernia inguinal. Nuevo método del profesor Aguilar* (1895).

Otra figura saliente de este periodo la constituye Alejandro Posadas, discípulo de Pirovano, que realizó las operaciones más difíciles y llegó a registrar una estadística de 1368 operados con una mortalidad inferior al uno por ciento. Entre sus contribuciones figuran *Hernias en los niños* (1896) y *Tratamiento operatorio de las hernias inguinales* (1902).

Un practicante de Pirovano fue el Dr. Juan B. Justo, que empleó la anestesia local con cocaína y la cura operatoria de la hernia inguinal no complicada, y adoptó el éter como agente de anestesia general en reemplazo del cloroformo.

La correspondencia que enviaba desde su visita a los centros de Europa se publicaba en la revista del Círculo Médico Argentino, fundada en 1887 por José María Ramos Mejía cuando aún era estudiante de Medicina. En ella informaba sobre la asepsia, la creación del autoclave de Chamberland, el empleo de los rayos X y la divulgación de técnicas quirúrgicas de las dos escuelas imperantes de la época, la francesa y la alemana (2). Fue el primero en describir, en el año 1893, la sutura de la vejiga, lesionada mientras operaba una hernia inguinal. Procedió a suturarla y colocó una sonda permanente, y el enfermo sanó. Entre sus publicaciones cabe mencionar *Sobre la curación radical de la hernia de la vejiga*.

Llegado el año 1896, el Dr. Nicolás Repetto, asistente de Kocher en Berna durante su viaje a Europa, publicó *Hernia inguinal estrangulada en un niño de dos meses. Herniotomía. Operación radical. Curación*.

Publicada ya la técnica de Bassini, el Dr. Pascual Palma, otro practicante del servicio de Pirovano, inició en nuestro país el procedimiento del autor italiano.

Pero el capítulo más sobresaliente de la cirugía de la pared abdominal apareció con el Dr. Enrique J. Corbellini (1872-1920), que hizo honor a la escuela argentina (y que hasta el momento actual permanece con la vigencia intacta) mediante su estudio de la anatomía patológica y patogenia de las hernias inguinales, aparecido en 1904, divulgado en francés en 1905 y nuevamente expuesto por el autor en 1918, en una publicación sintética admirable.

El concepto fundamental de la clasificación de la hernia inguinal propuesta por Corbellini surgió de consideraciones anatómicas y anatómicas. Así las hernias pueden ser intrainguinales, que atraviesan el orificio inguinal interno, recorren la canal inguinal para salir por el orificio inguinal externo, continuando por la fibrosa del cordón hasta las bolsas, y retroinguinales, que no recorren el canal inguinal, sino que rechazan la pared posterior y tienden a salir por el orificio externo (fig. 3).

Fue él quien aconsejó que para llegar al saco de las hernias intrainguinales basta con disecar las envolturas del cordón, mientras que para llegar al saco de las hernias retroinguinales es necesario abrir la pared posterior del canal inguinal, detrás del cual se encuentra el saco. Además, refutó los conceptos de Jaboulay, para quien el buboncele (inguinopubiana) y el osqueocele (inguinoescrotal) era cuestión de grados. Corbellini, aduciendo que el maestro de Lyon no comprendía la anatomía, insistía en que eran

<b>Clasificación completa de las hernias inguinales</b>	
<b>Hernias intrainguinales</b>	<p>formadas en un canal peritoneo vaginal bien constituido con o sin anomalías testiculares.</p> <p>formadas en un canal peritoneo vaginal que presenta vicios de forma o de constitución con o sin anomalías testiculares.</p>
<b>Hernias retroinguinales</b> . . . . . (No se acompañan nunca de anomalías testiculares).	<p>1, punta de hernia. 2, hernia intraparietal. 3, hernia funicular. 4, hernia escrotal. 5, hernia vagino-peritoneal o completa.</p> <p>1, inguino - superficial. 2, inguino - intersticial. 3, inguino - properitoneal. 4, hernia enquistada de la vaginal. 5, variedades raras. 6, hernias con quiste del cordón.</p>
<b>Hernias mixtas</b> . . . . .	<p>1, saculares. 2, adiposas. 3, viscerales o esplénicas.</p> <p>(Clasificación de Ricardo Finochietto)</p> <p>Nueva variedad que proponemos y a las cuales les convenien todas las variedades anteriores.</p>
<p>Como se comprenderá, conviene aplicar a estas hernias mixtas la operación adecuada a su elemento más difícil de curar: el elemento retro-inguinal; de lo que ocuparemos en un artículo próximo.</p>	

Figura 3

dos consecuencias de los dos tipos de hernias por él clasificadas: el buboncele, de la retroinguinal, y el osqueocele, de la intrainguinal (3). Merecen ser recordados, entre sus trabajos, *Tratamiento de las hernias inguinales* (1904), *La guérison radicales des hernies inguinales* (1905) y *Concepto de las hernias inguinales* (1918).

A mediados de 1912, un cirujano del hospital Rivadavia presentó en una sesión científica una técnica quirúrgica que, al decir del Dr. Octavio Galíndez, «... escarbando bibliografía principalmente francesa esperaba dar al fin con procedimientos semejantes a los ideados en nuestro suelo, hasta que hube de convencerme de que la técnica del Dr. Julio Passeron es originalísima y de su exclusividad».

La técnica conocida como *laparoplastia Passeron* fue descrita para tratar los laparocelos (eventraciones) de la línea media y tiene la particularidad de que el procedimiento se realiza extraperitoneal en su totalidad y que el refuerzo de la línea media se realiza con una sutura de una franja de aponeurosis de los rectos labrada a cada lado y suturándola al medio para reforzarla (4).

También cabe mencionar, en esta época de la cirugía de la pared, al Dr. José M. Jorge (1922), quien, en el tratamiento de las eventraciones medianas, utilizaba los colgajos en postigo de la hoja anterior de la vaina y la frenicectomía izquierda con el objeto de aumentar la capacidad abdominal en los grandes defectos abdominales (5). Publicó *Hernia inguinal congénita del ansa sigmoidea. Obstrucción intestinal* (1930).

El Dr. Artemio Zeno publicó numerosos artículos, entre los que merecen citarse «Técnica de la cura radical de la hernia umbilical por el procedimiento de W. Mayo» (1914), «hernia epigátrica y lesiones orgánicas del estómago» (1915), «La eventración postoperatoria», «Hernie épigastrique étranglée» (1928), «¿Es posible

hablar de una cura radical de las hernias umbilicales en mujeres obesas?» (1930).

Otro cirujano hábil y clínico experto fue el Dr. Tomás Varsi, creador de un procedimiento para la cura radical de la hernia inguinal. Publicó su artículo «Cura radical de la hernia inguinal por el procedimiento de Varsi (también llamado “del canal invertido”)» en 1917 (1).

Uno de los centros que vio crecer a grandes maestros de la cirugía fue el hospital Rawson, que se fundó en el año 1868 como hospital de inválidos de la guerra con Paraguay. En 1889 se denominó Hospital Guillermo Rawson, y constituía uno de los hospitales más grandes que tenía la ciudad de Buenos Aires, con diez pabellones aislados y rodeados de jardines. Allí, un niño de cierta edad recordaba la fama de Ignacio Pirovano y su deseo de llegar a ser un cirujano. La historia quiso que su sueño se cumpliera y se transformara en uno de los más brillantes cirujanos, y fue el creador de una escuela quirúrgica reconocida mundialmente. Hablamos del Dr. Enrique Finochietto (1881-1948), cuyo diseño de infinitos instrumentos (que hoy perduran) han sido embajadores de la cirugía argentina. El separador torácico con cremallera irreversible constituye uno de ellos.

Finochietto enseñó poco con la palabra, mucho con la artesanía y muchísimo más con su personalidad (6). En 1917 aportó a la patología de la pared abdominal una variedad en que coexisten ambos tipos de hernias descritas por Corbellini. Se trataba, pues, de una hernia inguinal mixta, que tendría dos sacos: el primero, congénito intrainguinal, y el segundo, un saco adquirido retroinguinal.

Junto a su hermano Ricardo Finochietto engalanó la cirugía argentina, creando una verdadera «escuela y dos maestros», al

decir de Uriburu. La armonía entre ellos se basaba en tener los mismos ideales, el respeto y en estar unidos por la misma correspondencia espiritual.

Cuando la Primera Guerra Mundial enlutó al mundo, Enrique Finochietto se alistó en los servicios médicos aliados, en el hospital militar anexo Buffon de París y al mando del profesor Gosset, para hacerse cargo del Hospital Argentino Auxiliar 108 de Passy, creado por el embajador argentino Torcuato de Alvear al terminar la contienda (7).

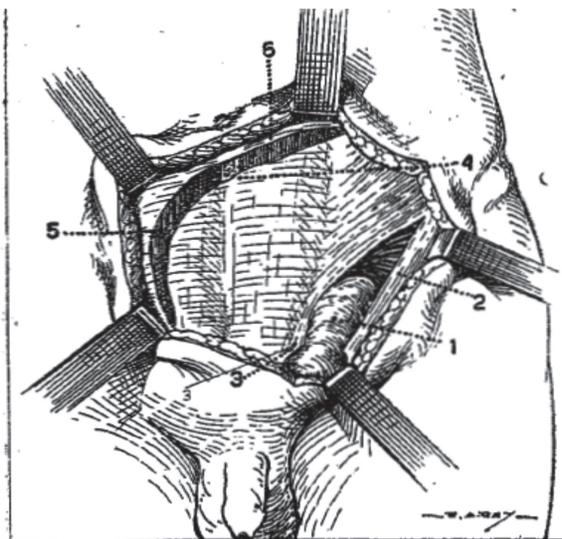
Fallecido Enrique, Ricardo organizó el servicio de cirugía, que permitía solo el ingreso de médicos recién recibidos (lo que valió la denominación de «Jardín de infantes» a los integrantes del equipo). El servicio, verdadero feudo, tenía cirujanos de estrato superior que realizaban las cirugías más complejas. El aprendizaje de idiomas era requisito fundamental, así que el inglés, francés y alemán supusieron escollos irrenunciables para adquirir dicho estrato.

Desde 1914, Ricardo Finochietto contribuyó a difundir el conocimiento de las deformaciones que en las hernias, sobre todo las directas, sufre el tendón conjunto, fundamentando que la debilidad

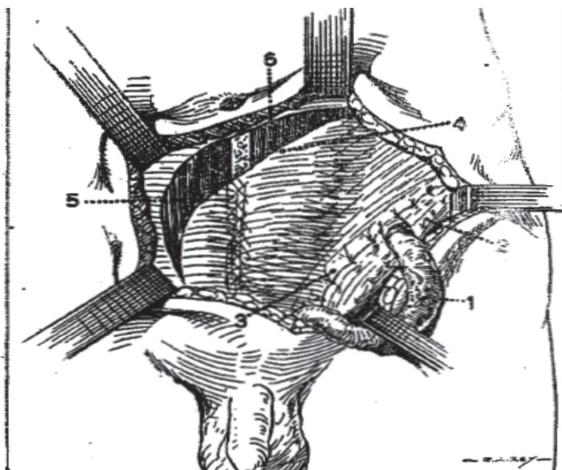
parietal es de origen congénito. La disección de 50 cadáveres de niños, cuya edad variaba entre el sietemesino y el infante de 10-11 años, confirmó su fundamento (8). También la clasificación de las hernias retroinguinales en saculares, viscerales o espláncicas y adiposas pertenecen a Finochietto, quien propuso la clasificación completa en 1917 (9).

Tres discípulos de Finochietto aportarían importantes conceptos técnicos-quirúrgicos a la cirugía de la pared abdominal.

Diego Zavaleta, maestro de la cirugía argentina, describió las incisiones de relajación para reparación de hernias inguinales y crurales, incidiendo la aponeurosis que forma la hoja anterior de las vainas rectales y siguiendo una línea de suave concavidad hacia la región inguinal en que se opera, extendida de tres o cuatro centímetros encima del pubis del lado opuesto hasta el borde externo de la vaina del recto, casi a nivel del ombligo, del lado correspondiente a la operación. Con esta amplia incisión de descarga, los elementos de la pared abdominal descienden con facilidad hasta el sitio de fijación (10) (fig. 4 y fig. 4a).



Hernia inguinal izquierda. Amplia disección del borde cutáneo interno y superior e incisión de descarga del oblicuo mayor. Hernia grande, con amplia separación de los pilares. El pilar interno no puede ser llevado hasta la arcada crural o el ligamento de Cooper. 1) Cordón espermático. 2) Borde externo de la aponeurosis del oblicuo mayor. 3) Borde interno de la aponeurosis del oblicuo mayor. 4) Incisión de descarga amplia efectuada sobre las hojas anteriores de las vainas de ambos rectos. 5) Músculo recto del lado derecho. 6) Músculo recto del lado izquierdo.



Hernia inguinal izquierda reparada previa incisión de descarga del oblicuo mayor. 1) Cordón espermático. 2) Sutura imbricada de los bordes interno y externo del oblicuo mayor. 3) Aponeurosis del oblicuo mayor. 4) Incisión de descarga sobre las hojas anteriores de las vainas de ambos rectos, con sus labios ampliamente separados. 5) Músculo recto del lado derecho. 6) Músculo recto del lado izquierdo.

Figuras 4 y 4a

También describió una técnica para el tratamiento de la hernia inguinal recidivada, reafirmando el concepto que conviene retener: alejarse de la parte cicatrizal, identificar los elementos y penetrar en la zona de la cicatriz.

Su técnica de colgajo utiliza aponeurosis rebatida al tendón conjuntivo; puede fijarse a la arcada, ocupando el espacio débil (11).

Julio Uriburu, otro destacado discípulo, describió la vía inguinoabdominal extraperitoneal y su importancia en cirugía herniaria y del testículo no descendido. Aunque convencido del abordaje extraperitoneal y sus ventajas para la disección y ligadura del saco herniario, la reconstrucción de la pared no la cree apropiada por esta vía, por lo siguió fiel a la vía inguinal en el tratamiento de las hernias. Juzgó apropiado el procedimiento combinado para el abordaje de hernias inguinales con deslizamiento y hernias inguinales estranguladas, para evitar la contaminación de la zona a reparar, y en cierta hernia recidivadas más de dos veces (12).

El lunes 7 de octubre de 1940 se produjo un acontecimiento muy importante en la sesión de la Asociación Argentina de Cirugía: el Dr. Vicente Gutiérrez presentó un completo y fascinante relato titulado *Eventración postoperatoria. Tratamiento*.

Prestigiosos cirujanos de la época, y luego maestros, formaron parte de la tribuna de comentaristas. Entre ellos, Pablo Mirizzi (creador de la mirizzigrafía), C. M. Squirru (que clasificó las hernias junto con Finochietto) o José M. Jorge (frenicectomía izquierda), pero sin lugar a dudas la presencia de Iván Goñi Moreno sentó un precedente con su contribución al relato, al presentar su técnica de oxígeno-peritoneo terapéutico, a través de una nota previa, y lo puso a consideración del congreso. Comentó Goñi Moreno que en grandes eventraciones crónicas procede a realizar una técnica consistente en hacer un neumoperitoneo progresivo, inyectando dosis de oxígeno hasta llegar en tres o cuatro sesiones a 2000 cc. En su primer caso, una hernia epigástrica gigante irreductible, logró la reducción del epiplón comprometido.

También comprobó que la absorción del oxígeno beneficiaba al enfermo con esta «oxigenoterapia», y que la pared abdominal se transformaba en un verdadero «trapo», con un cierre más adecuado (13).

Algunos cirujanos argentinos adoptaron el procedimiento, mientras que otros lo criticaron o no lo consideraron indispensable. Sin embargo, en Baltimore, un entusiasta Amos E. Koontz expresó: «El procedimiento de Goñi Moreno hace posible hoy operar grandes eventraciones, de esas consideradas inoperables antes de su advenimiento» (14).

La Academia de Cirugía de París lo invitó en 1947 a presentar su novedosa técnica. Este adalid de la cirugía falleció en Buenos Aires en 1976 (15).

Quiso el destino que otro entusiasta anatomista de la época describiera su procedimiento quirúrgico con la misma finalidad, ignorando lo que Goñi Moreno proponía: el Dr. Alfonso R. Albanese, creador de las incisiones de descargas musculares a distancia para «liberar a los rectos de la tiranía de los oblicuos».

Ayudante de la cátedra de Anatomía, preparaba el material anatómico para las clases del Prof. Galli. Esto le permitió ver situaciones que le llamaron la atención, como que el músculo oblicuo mayor es más carnoso en el tórax que en la pelvis, y que tres músculos anchos son demasiado para contener las vísceras (fig. 5).

El ectropión del borde interno de los rectos en los grandes defectos mediales motivó la liberación a través de incisiones de descargas musculares, que sufrieron dos variaciones por parte del autor. Las incisiones, tres en número, se realizan sobre el oblicuo mayor, la hoja anterior del oblicuo menor (vaina rectal) y el borde interno de

la vaina de los rectos (16). El propio George Wantz decía que era la «medalla de oro» de los procedimientos difundidos para reparar hernias incisionales (17).

En la década de los cincuenta, un periodo de vacilación del autor sobre si no resultaban exageradas tres incisiones le costó la vida a dos enfermas, fallecidas por asfixia, por lo que Albanese continuó con la técnica descrita originalmente.

Solía decir Albanese: «Hay que hablar como se hace para saber qué debemos hacer. Para ello hay que remontarse a qué hicieron otros, y conviene comenzar por los viejos, porque allí se encuentran cosas que, si no se las conoce, si los nuevos las ignoramos, podemos repetir creyendo que somos originales» (18). El desarrollo de los acontecimientos le dio la razón al maestro de la cirugía, 44 años después: Óscar Ramírez, cirujano plástico, publicó su experiencia de separación de componentes utilizando la primera incisión descrita por Albanese.

Considerado entre los pioneros de la cirugía cardiovascular en el país y en América Latina, realizó quinientas operaciones de corazón entre 1941 y 1962, y fue el primero en el mundo en describir la biopsia del mediastino.

En 1946 propuso el tratamiento del saco herniario en hernias intrainguinales por invaginación, procedimiento que era utilizado por los cirujanos en las retroinguinales. El objetivo era fundamentalmente que el saco actuara resguardando y defendiendo el anillo profundo (19).

El apasionado maestro de la cirugía argentina, nacido en Cosenza (Italia), continuó su actividad docente de Anatomía hasta la edad de 97 años. Dos años después, un 18 de agosto de 2005, falleció en la ciudad de Buenos Aires.

Estos grandes aportes de Goñi Moreno y Albanese continúan vigentes en el mundo.



Figura 5. Albanese y Galli.