

ALBERTO IRIGARAY - ANTONIO L. TURNES



# CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA Y ESTÉTICA EN URUGUAY

HISTORIA E HISTORIAS



**Alberto Irigaray Fischetti**, se graduó de Médico en 1971, obtuvo el título de especialista en cirugía plástica en 1976. Su carrera docente en la UDELAR, la desarrolló en el Departamento de Anatomía donde mediante concursos llegó hasta G III. En la especialidad de cirugía plástica fue nombrado como profesor adjunto en 1990 mediante concurso. Fue jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Microcirugía del Hospital Pasteur desde 1992 al 2007. Realizó estadias de perfeccionamiento en el exterior, en Buenos Aires, Japón en dos oportunidades, Suiza, Austria y Australia. Su actividad asistencial la realizó en CASMU, donde mediante concursos llegó hasta el cargo de coordinador general de la especialidad. En MUCAM, llegó hasta el cargo de jefe compartido del Servicio de Cirugía Plástica. En la esfera directriz administrativa, mediante elecciones, integró en varios periodos la Junta Directiva de CASMU. Posteriormente también mediante actos electorales, integró en varias oportunidades el Consejo Directivo de Médica Uruguaya.

Fue integrante de varias sociedades científicas, Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay, de la que fue Presidente, miembro de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica, miembro de la Sociedad Internacional de Microcirugía Reparadora, a su vez miembro correspondiente extranjero de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y con el mismo título, de la Sociedad Argentina de Cirugía de la Mano. Obtuvo el premio Jorge De Vecchi otorgado por la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay en 1980, la mención honorífica del Gran Premio Nacional de Medicina en 1979, y el premio Jorge Goyena en el Congreso Argentino de Cirugía de la Mano en 1982.

Integró numerosos tribunales de concursos, así como realizó trabajos científicos publicados en revistas internacionales.

Ha escrito tres libros: "Técnicas de uso corriente en Clínica" conjuntamente con el Dr. Juan C. Baluga 1971, "Anatomía Quirúrgica de la mano" 1975, y "Cirugía Plástica y Estética" 1993.

Alberto Irigaray – Antonio L. Turnes

**CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA y  
ESTÉTICA en URUGUAY  
HISTORIA e HISTORIAS**

ISBN: 978-9974-8795-8-4  
Primera edición – Mayo 2021

**CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA EN URUGUAY , historia e historias**

© Alberto Irigaray – Antonio L. Turnes

Queda hecho el depósito que ordena la ley  
Impreso en Uruguay - 2020

XXXXXX.  
XXXXXX - Montevideo.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo o cualquier otro medio mecánico o electrónico, total o parcial del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización de los autores.

Diseño gráfico del libro y la tapa:  Augusto Giusti

## IMAGEN DE TAPA:



Retrato de **Lucrezia Panciatichi**, es uno de los cuadros más conocidos del pintor **Agnolo Bronzino (1503 – 1572)**, óleo sobre tabla, 104 X 85 cm, pintado en 1540, actualmente en la Galería Uffizi, Florencia (Italia).



*Nosotros recuperamos, reparamos y devolvemos la salud a aquellas partes del cuerpo...aquellos dones de la naturaleza que la fortuna se había llevado, no tanto para que sirvan para deleite de los ojos sino para que eleven el espíritu y presten ayuda a la razón de los atribulados.*

Gaspare Tagliacozzi  
(Bologna, Italia, 1545 – 1599)





*Dedicado a Norma, Álvaro, Mariana y Gonzalo,  
por su comprensión y permanente apoyo.*

Alberto Irigaray



## INTRODUCCIÓN

Este libro **no es un libro de texto sobre cirugía plástica y subespecialidades.**

Está dirigido a quienes quieren acercarse al mundo de la cirugía plástica, para conocer mejor sus alcances.

Sin embargo, si entre sus lectores hay médicos, cirujanos y personal de la salud que se interesen en la historia para entender mejor el presente, los autores consideran que les va a resultar de utilidad.

Se ha buscado realizar, además de un libro informado, un relato que lleve al lector a encontrarse con situaciones reales. De allí las anécdotas y episodios verdaderos a fin de presentar mejor el momento histórico en que se desarrolla la situación comentada.

La evolución de la cirugía plástica reconstructiva tiene raíces muy lejanas, que es necesario conocer para dimensionar su importancia en la vida de las personas y de las naciones. A tal fin, ha resultado indispensable realizar un breve recorrido por los hechos más significativos a través de los tiempos en el mundo oriental y en el occidental.

Se pasa revista sucintamente a los primeros médicos uruguayos que en el Viejo Mundo realizaron tesis sobre temas de cirugía plástica en la segunda mitad del siglo XIX.

La adquisición de conocimientos y destrezas de nuestros cirujanos plásticos reconoce antecedentes en el contacto de muchos de ellos, los pioneros, con grandes figuras de la disciplina que, con generosidad, desde la primera mitad del siglo XX, los transmitieron a quienes luego serían principales impulsores del desarrollo de la cirugía plástica en Uruguay. Tanto en la región, con maestros de Argentina y Brasil, como también y principalmente en Europa, Estados Unidos y Japón.

La cirugía reconstructiva, históricamente tal vez la más antigua del haz que integra la actual cirugía plástica, se ha desarrollado en la atención de los heridos de las dos guerras mundiales. Quienes allí ayudaron a los combatientes a recuperar sus rostros o sus miembros, desfigurados y mutilados por las heridas del fuego o la metralla, transmitieron luego a médicos uruguayos lo esencial de su tarea.

El largo camino que jalona la rehabilitación de los niños con malformaciones congénitas reconoce también en cirujanos europeos el entrenamiento a jóvenes colegas uruguayos que, en la temprana década de 1930, traerían soluciones para los pacientes más necesitados.

El tratamiento de los grandes quemados reconoce en el Ac. Fortunato Benaim, de Buenos Aires, al organizador del mayor centro para esa patología de toda América Latina. Allí acudieron también nuestros profesionales, para conocer y perfeccionar sus nuevas técnicas. El surgimiento del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) es un producto directo de esa cooperación científica.

La vocación de servicio volcada en los hospitales públicos, por un conjunto de cirujanos que forjaron las primeras generaciones de especialistas, es otro testimonio del aporte de figuras de primer nivel que dedicaron muchos años de su vida en beneficio de los pacientes menos favorecidos por la salud y la fortuna.

Todo fue hecho mucho antes que la Facultad de Medicina de Montevideo reconociera y formara especialistas en la disciplina, lo que tardó muchas décadas. A partir de esa decisión crucial cambiaría drásticamente la presencia de la cirugía plástica en el ámbito de la salud del Uruguay permitiendo que pacientes de todas las clases sociales, y de cualquier lugar del país, se beneficiaran con sus aportes científicos, técnicos y humanos.

Directa consecuencia de ese desarrollo acumulado en más de 75 años de paciente trabajo, es la relevancia que en la sociedad actual adquiere la cirugía estética. Que lejos de ser un lujo constituye una necesidad para que muchas personas recobren el equilibrio entre su cuerpo y su psiquis, corrigiendo aquellos factores que perturban. Por lo cual, en el capítulo de cirugía estética se ofrece un informe riguroso acerca de su utilidad o banalidad, que puede aclarar puntos de vista controversiales acerca de este tipo de cirugía.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido, desde su fundación, que “La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Por eso la cirugía plástica, estética y reconstructiva procura hacerla realidad, en la búsqueda de ese equilibrio y armonía que las personas deben encontrar entre su cuerpo y su alma. Esta publicación busca contribuir al esclarecimiento de algunos conceptos que ayuden a consagrar, en nuestra época, aquella noble aspiración de bienestar.

Se incluyen semblanzas de los principales actores en esta larga y fructífera trayectoria, así como algunas consideraciones sobre las repercusiones que esta práctica ha reflejado en algunas decisiones judiciales, cuando un paciente puede no quedar satisfecho, o no comprender adecuadamente, la naturaleza del tratamiento o la corrección realizada, y sus eventualidades.

El Prof. Em. Dr. Fernando Mañé Garzón, que tanto hizo por la historia de la medicina nacional durante más de cuarenta años, estimuló a realizar la historia de cada una de las especialidades médicas. La Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva en Uruguay estaba todavía ausente de ese llamado, salvo piezas fragmentarias. Con esta publicación se inicia el camino para su realización cuando la especialidad ya lleva muchas décadas recorridas y en constante progreso.

Esta publicación no es estrictamente una historia de la especialidad, sino un relato que incluye algunas referencias históricas, datos de muchos personajes que abrieron el camino para las realizaciones actuales, con el desarrollo de los Servicios que han sido pioneros y la contribución de los referentes que iniciaron en el conocimiento a nuestros cirujanos plásticos uruguayos. Al mismo tiempo, busca aproximar tanto a los médicos y personal de salud, como al público interesado, en lo que

ha sido la trayectoria de esta disciplina, procurando mostrar hechos y realidades, éxitos y fracasos, matizados con anécdotas vividas por el autor principal.

Al respecto, relató el Dr. Alberto Irigaray que:

*Estando en un congreso en Carmelo con el Dr. José Juri, un día lo llevé a visitar **La Calera de las Huérfanas**. El cuidador del lugar que era ya un hombre mayor, nos mostró con orgullo todo el sitio y de pronto dijo “**Acá el finado Artigas fue donde hizo uno de sus Congresos**”. Hablaba de Artigas como si fuera un familiar, primera y única vez que escuché decir “el finado Artigas”, lo que me lo humanizó tanto a Artigas como al cuidador. Si eso lográramos hacer con el libro, creo que la tarea estaría cumplida. Humanizar a cada personaje del que hablemos.*

Los autores aspiran a que esta publicación pueda ser útil para todos quienes se interesen, profesionales o no, en el desarrollo de la cirugía plástica, reconstructiva y estética de tanta relevancia económica, social y sanitaria en el mundo actual.

\* \* \*

## PREÁMBULO

Esta publicación surgió del Dr. Alberto Irigaray, que percibió la necesidad de transmitir a los jóvenes cirujanos plásticos algunos antecedentes de la especialidad que practican o estudian. Aunque se trate de una disciplina relativamente joven, la cirugía plástica tiene raíces en el mundo y en el país que explican su nacimiento y desarrollo, que resulta indispensable conocer. Pensó Irigaray, que este libro podría resultar de interés también para quien se interese por conocer algo más de esta materia, no siendo del campo de la salud.

A invitación de Irigaray, a comienzos de junio de 2019 se realizaron dos breves encuentros en el sanatorio “Apolo”, el primer centro privado de cirugía plástica del país, con los Dres. Jorge De Vecchi Gutiérrez, Juan Andrés Castiglioni Larghi, Juan Vanerio, el propio Irigaray y quien suscribe. Allí se produjo un interesante intercambio de ideas, recogiendo aportes y comentarios de valor para iniciar un camino que permitiera concretar la redacción, recogiendo las etapas y lugares que todos compartieron.

Esta tarea debió tener limitaciones, en el tiempo y el espacio. Se dispuso de antecedentes de aquellos servicios y referentes de quienes se pudo recabar información, y fundamentalmente con énfasis en quienes siendo los iniciadores, hoy ya no están entre nosotros.

La irrupción de la pandemia de Sars-Cov.2 en la primera quincena de marzo de 2020, impidió la continuidad de los encuentros. En diciembre de ese año se produjo la sorpresiva afección de Juan Andrés Castiglioni, pocos días después su lamentable muerte, ocurrida el 18 de enero de 2021, en el marco de la referida pandemia, hecho que impactó seriamente en todos. Lo acentuó la necesaria precaución y la perentoriedad de concluir el trabajo iniciado.

Irigaray aceleró la redacción de la mayoría de los capítulos, recogiendo metódicamente el desarrollo de los principales servicios y la evocación de quienes los crearon, desarrollaron, gestionaron y enseñaron allí. Al mismo tiempo quien suscribe procuró reunir algunos elementos del desarrollo de la cirugía plástica, reconstructiva y estética en el mundo y de sus principales exponentes, incluyendo algunos antecedentes nacionales poco conocidos, algunos de los cuales habían sido motivo de publicaciones suyas anteriores.

El necesario distanciamiento social, unido a las circunstancias antes expuestas, actuaron como catalizadores para el esfuerzo final de elaboración de esta obra. Que es una elaboración descriptiva de los principales hechos que abonan el surgimiento y consolidación de la especialidad, matizada con el rico anecdotario recogido por Alberto Irigaray en sus más de cuarenta años de práctica. No supone una valoración de hechos, actitudes o desempeños, que sin duda marcaron esta evolución, como todas las tareas humanas conllevan, pero que estarían fuera del marco de referencia y exposición sucinta de la historia que los autores se fijaron. Asimismo, solo se exponen de manera más desarrollada las semblanzas de los precursores, dejando a veces en apenas una mención o con referencias mínimas a los continuadores. Tarea que posiblemente abordarán quienes en el futuro retomen esta historia.

Antonio L. Turnes

\* \* \*



## AGRADECIMIENTOS

En este camino, los autores deben consignar su profundo agradecimiento a quienes apoyaron con tiempo, redacción de capítulos, referencias, documentos o iconografía, para finalizar este proyecto:

- Dres. Jorge Katzenstein y Juan Carlos Baluga, por sus completos e ineludibles aportes sobre la anestesiología y la alergia con relación al desarrollo de la cirugía plástica, reconstructiva y estética, que trabajaron con generosidad y entusiasmo para entregar sus respectivos capítulos.
- Dres. Jorge De Vecchi Gutiérrez, por su contribución con el capítulo sobre cirugía cráneo facial y al Dr. Juan Vanerio, por haber contribuido con sus recuerdos y anécdotas para reconstruir la historia de los lugares por los que ellos transitaron.
- Dra. Daysi Peri Vidal, por los recuerdos sobre los cirujanos plásticos de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.
- Dra. Marisabel Ramírez por sus comentarios sobre los inicios de la Unidad de Quemados del Hospital de niños Pereira Rossell (UNIQUER).
- Dra. Sylvia Puentes de Oyenard, por sus estimables consejos y orientaciones.

- A los Dres. Álvaro Ventós, e Inés Palacio del Val, por permitirnos acceder a la biografía de sus respectivos padres.
- Al Dr. Gonzalo Fossati por su constante apoyo. Así como los Dres. Juana Wettstein, Álvaro Barreiro y Beatriz Manaro.
- A las ex funcionarias del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur, Licenciada Rosario Giráldez y Auxiliar de Enfermería René Barreto por sus aportes acerca de dicho Servicio.
- Br. Sergio Agustín Martínez De Vecchi por su cooperación a recuperar información gráfica de su abuelo el Dr. Jorge De Vecchi Larralde, primer profesor de cirugía plástica de la Facultad de Medicina de UdelaR.

Alberto Irigaray  
Antonio L. Turnes

## Capítulo 1

### ¿QUÉ ENTENDEMOS POR CIRUGÍA PLÁSTICA?

ALBERTO IRIGARAY

La definición más aceptada actualmente dice que es la especialidad médica “que tiene por objeto la corrección y manejo de las anomalías de origen congénito, adquirido, tumoral o involutivo, que requieran reparación o reposición tanto de la forma corporal como de su función”.

Para llegar a cumplir con estos postulados tuvo que recorrerse un largo camino, que por supuesto se está lejos de haber finalizado. Es de interés mostrar cómo se transitó ese camino, cada escalón subido, cada avance logrado, todo con el fin de obtener el mejor tratamiento de los pacientes, pero también se hará, en lo posible, una mirada hacia adelante, al menos para poner una expectativa sobre lo que puede aspirarse en el futuro más cercano.

Como se verá en los próximos capítulos, los primeros escritos que describen procedimientos encuadrados dentro de la cirugía plástica se remontan a unos 3000 años, los que se conservan en perfecto estado. Sin embargo, existió hasta hace relativamente poco tiempo, un tipo de cirujano que era capaz de llevar a cabo procedimientos que incluían cirugías que hoy se encuadrarían en muy distintas especialidades. Debe

recordarse que durante la época de estudiantes de ambos autores, finales de los años 60, el Profesor Palma, en el Hospital Maciel, realizaba cirugías sobre las grandes arterias, cirugías abdominales y drenajes de hematomas intracraneales que implicaban la apertura del cráneo. Vale decir que el mismo cirujano realizaba, cirugía vascular, cirugía general y neurocirugía. Ese tipo de cirujano se terminó para siempre. Hoy día por más diestro e inteligente que sea el cirujano, es imposible que tenga conocimientos actualizados que permitan abarcar varias especialidades. Es más, un cirujano especializado en alguna de las ramas quirúrgicas, es también imposible que pueda realizar todos los tipos de cirugías que existen en su propia especialidad.

Es tanto el cúmulo de conocimientos, que como se verá en el capítulo sobre cirugía de la mano, en Suecia, luego de haber obtenido el título de médico, se exigen seis años más de estudios para que se le otorgue a ese médico el título de especialista en cirugía de la mano, piénsese que con lo dicho, luego de 12 años de estudios de médico y de especialista, ese Profesional está autorizado solamente a llevar a cabo cirugías de la mano, y nada más.

Aunque a la mayoría de los lectores, pueda parecerle una exageración el tiempo dedicado a estudiar una porción relativamente pequeña del cuerpo humano, cuando profundizamos acerca de las implicancias laborales, emocionales y sociales que tienen las enfermedades de las manos, recién puede verse cuánto ha avanzado el conocimiento, para poder resolver enfermedades de zonas que pueden parecer pequeñas en tamaño. El Dr. Alberto Irigaray ha asistido a varios músicos uruguayos que han dedicado su vida entera al aprendizaje, a fin de poder ejecutar un instrumento musical; aunque en ocasiones, llegado cierto momento deben dejar de hacer sus ejercicios ya que éstos les provocan mucho dolor en sus manos. No tienen otro medio de vida; quizás son los mejores en lo que hacen; tampoco quieren cambiar su profesión porque ella ha sido el amor y su motivo de vida. ¿Es importante tener un buen especialista dedicado a la mano? Para ver la relevancia que adquiere en ocasiones esta patología es que existe en Viena un instituto que sólo recibe consultas por problemas dolorosos de músicos del mundo entero. Hay pasajes de conciertos donde un violinista como Paganini se decía que ejecutaba 12 notas en un segundo, mientras que hay pianistas que en tres minutos deben realizar más de 5000 movi-

mientos de sus dedos, para interpretar determinados pasajes de ciertos conciertos de piano.

Qué decir de los trabajadores manuales que realizan constantemente, durante horas, días y meses movimientos repetitivos de sus manos y que al cabo de un tiempo, a causa del dolor, no pueden continuar con su trabajo.

Queda claro que cuando se habla de que algunos profesionales están ultra especializados, sin dejar de pensar en tener médicos generalistas que comprendan a los pacientes haciendo diagnósticos y tratamientos correctos, bienvenidos sean aquellos a quienes cuando una patología no se puede corregir con tratamientos comunes, sean ellos quienes puedan dar solución a esos pacientes.

El origen documentado de la cirugía plástica se remonta, como fue dicho, a casi 3000 años, pero fueron los griegos quienes dieron origen a las palabras que utilizamos comúnmente: cirugía, que quiere decir “trabajo manual”, al que le agregaron el término “*plastikós*” que significa modelar o dar forma, para que de esta manera la denominación *cirugía plástica* tenga el significado de “modelar con las manos”.

La cirugía plástica como especialidad apareció a principios del 1900, cuando ciertos cirujanos decidieron dedicarse en forma exclusiva a esta disciplina. Es sobre todo luego de las dos Guerras Mundiales, dado el gran número de heridos y soldados con enormes cicatrices, que aparecen cirujanos con actividad exclusiva como cirujanos plásticos reparadores.

El Dr. Héctor Ardao, profesor de cirugía, pero gran impulsor de la cirugía plástica, escribió en la *Revista de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay* donde trata de describir al cirujano plástico de esta manera:

“Es el mago que trae con la valija de instrumentos conocimientos extraños que no se le enseñan a los estudiantes”,

refiriéndose a los estudiante de los años 60, cuando no existía la cátedra de cirugía plástica en la Facultad de Medicina, por lo que era difícil aprender la cirugía plástica en Uruguay. Su relato continúa:

”¿Qué tiene ese mago para resolver situaciones que otros cirujanos se consideran impotentes en la Clínica General?” “Su ciencia es muy antigua, milenaria, tiene para expresarse un léxico propio como corresponde a toda ciencia que ha madurado...”, “tiene sus principios, sus directivas, su técnica operatoria, su instrumental, y todo eso es lo que lo capacita a un médico cirujano que en el campo operatorio guía su mano pensando en tejidos que viven y en un individuo que vivirá en su medio, tratando de reconstruir estructuras ausentes mediante el transporte de materiales del propio individuo o con otros inertes, tratando de devolverle la función a estructuras que la perdieron o corrigiendo la forma del perfil gastado y por sobre todo actuando siempre con ese toque leve de hada o de dios, que se va casi sin dejar huellas sintiéndose algo así como el guardián de la estética y la coquetería”.

Estos textos fueron extraídos del libro escrito por Antonio Turnes con el nombre de “Héctor Ardao: Maestro de la cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay”, libro que se citará muy seguido a lo largo de esta obra.

Cuando el Dr. Irigaray comenzó a concurrir al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, venía de realizar pasantías por servicios de medicina, de cirugía, y de urología, pero ese servicio que estaba bajo la dirección del Dr. Guillermo H. Fossati, le hizo pensar que esa era la especialidad a la cual le quería entregar su profesión. Cuáles son las características de la cirugía plástica por las que lo atrapó, el mismo Ardao en otro editorial contesta esa pregunta cuando escribió:

“Para ser cirujano plástico hay que tener imaginación”.

Con esa afirmación quiere decir que frente a un problema de reconstrucción de cualquier zona del cuerpo, existen numerosas técnicas quirúrgicas que difieren entre sí, pero con cualquiera de ellas se lograría el objetivo. Pero el cirujano plástico debe decidirse por una de ellas e imaginar cómo quedará su operación una vez finalizada. Esa decisión es una tarea hermosa que implica tener presente todos los procedimientos posibles y seleccionar el mejor. El Dr. González Ulloa, maestro de la cirugía plástica de México, decía:

“Hay muchas maneras de pintar un cuadro, y siempre hay que esperar para verlo una vez finalizado”.

A su vez hay que adoptar el mejor procedimiento pensando en “ese paciente en particular” con su sexo, edad, expectativas y patologías asociadas. **Por lo expuesto, cada defecto no tiene una única solución.**

El mejor cirujano plástico será quien conozca más soluciones posibles para un defecto y tenga la racionalidad de emplear uno para el paciente que tiene delante de sí.

Junto a los conceptos de Ardao, y a fin de que cada lector tenga una aproximación a lo que los cirujanos plásticos piensan de la especialidad es que se presentan otras breves frases, que acercarán a enmarcar ese sentimiento.

Cuando la cirugía plástica estaba en los albores, y recorría sus primeros pasos como para llegar a ser una especialidad independiente de la cirugía general, el Dr. E. Lexer (1867-1937) cirujano alemán y que incursionaba en la cirugía plástica y en la cirugía estética, en 1914 escribió:

“La cirugía plástica se trata de una tarea artesanal, que va unida a la ciencia y a las artes”.

El Dr. Fossati más contemporáneo escribió: “La cirugía plástica es la más maravillosa de las especialidades” y en lo que respecta al autor, al llegar a su servicio se dijo que al ver la actividad y el entusiasmo de los médicos que allí trabajaban era como “para enamorarse de la cirugía plástica”.

Sin embargo en este punto debe abrirse un paréntesis sobre la cirugía plástica para exponer un planteo que el autor ha hablado con numerosas personas y sobre todo con colegas, acerca de la opinión contrapuesta de dos colegas muy reconocidos en sus respectivas actividades, sobre el amor que se debe tener a las actividades que cada persona lleva a cabo. Ambos profesionales fueron referentes en su país y en Sudamérica, cada uno en su propia especialidad. Recuerda el autor, una conferencia brindada por el maestro José Juri de Buenos Aires quien, al finalizarla, expresó que:

“a pesar de los resultados excelentes que puede tener en su actividad, el cirujano **no** debe enamorarse de lo que hace, porque nos quedaría poco amor para el resto de nuestras relaciones”.

Sin embargo. el gran maestro de la cirugía de la mano, Eduardo Zancolli, también de Buenos Aires, opinaba lo contrario. En otra conferencia por él brindada y por supuesto sin conocer la opinión de Juri, decía que:

“había que poner pasión y amor a la profesión que desarrolla cada individuo”.

El autor tiene opinión formada acerca de esta dicotomía, pero deja al lector en libertad, para que luego de un análisis, pueda arribar a su propia conclusión.

El camino recorrido parece mucho, y trataremos de mostrarlo en este libro, sin desconocer que por delante también vislumbramos una enorme cantidad de escalones por subir.

\* \* \*



## Capítulo 2

# ORÍGENES DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

El primer tratamiento registrado de la nariz lesionada puede encontrarse en el **papiro egipcio de Edwin Smith** escrito alrededor del siglo XVII aC. Los jeroglíficos ilustran el tratamiento de narices rotas mediante taponamiento nasal y yeso adhesivo externo.<sup>1</sup>

Pero la cirugía plástica reconstructiva y estética, tal como la conocemos hoy en Occidente, tiene sus raíces



EL PAPIRO DE EBERS De Jeff Dahl - Edited version of Image:EdSm-PaPlateVIandVIIPrintsx.jpg, Dominio público, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2854143>

1 WALTER, Claus: The evolution of rhinoplasty. *The Journal of Laryngology and Otology*, December 1988, Vol. 102, pp. 1079 – 1085.

milenarias en la India. Hace más de 2.600 años, vivió **Sushruta**, un maestro de la medicina y cirugía india, en el 600 aC. Sus enseñanzas fueron recogidas en el Sushruta Samhita (compendio de Sushruta).

Samhita abarca no solo la enseñanza sobre la cirugía plástica, sino que contiene enseñanzas compuestas de la cirugía y todas las ramas afines, incluida la partería [obstetricia] y convierte a éste en un tratado completo sobre toda la medicina como disciplina. Sushruta creía que el conocimiento de ambas, la cirugía y la medicina, son fundamentales para constituir un buen médico que de lo contrario, “es como un pájaro con una sola ala”. De hecho, Sushruta enfatizó en su texto que a menos que uno posea suficiente conocimiento de las ramas hermanas relevantes del aprendizaje, uno no puede alcanzar la competencia en su propio tema de estudio.<sup>2</sup>

El texto original se había conservado en sánscrito durante siglos, para evitar que se difundiera al Occidente. Aunque fue perdido, una reconstrucción fue transmitida luego a través de autores árabes del siglo VIII, cuando el califa Mansur ordenó su traducción.

Todos los principios básicos de la cirugía plástica como planificación, precisión, hemostasia y perfección encuentran un importante lugar en los escritos de Sushruta sobre este tema. Describió varios métodos reconstructivos o diferentes tipos de defectos como liberación de la piel para cubrir pequeños defectos, rotación de las aletas (colgajos) para compensar la pérdida parcial y colgajos pediculados para cubrir la pérdida completa de piel de un área.

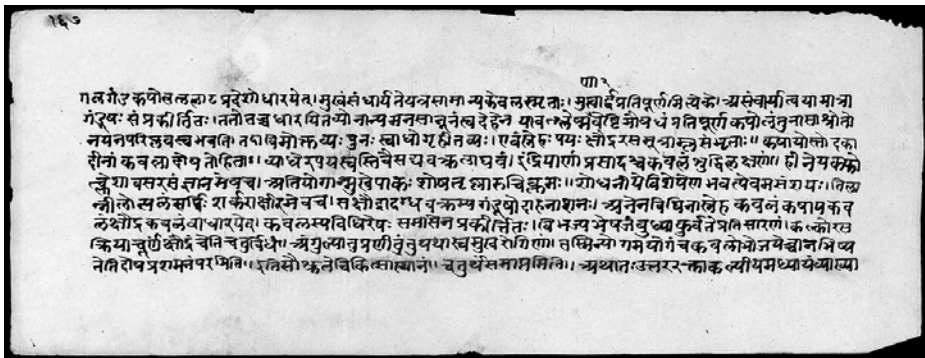


2 SARAT, S, PARIHAR, R.: Sushruta: The first Plastic Surgeon in 600 BC. The Internet Journal of Plastic Surgery, 2006, Volume 4, Number 2.

Considerado uno de los Padres de la Medicina India, es también llamado “Padre de la Cirugía Plástica de la antigüedad”, y en su libro se refiere a la restauración de la nariz mutilada, de esta forma:

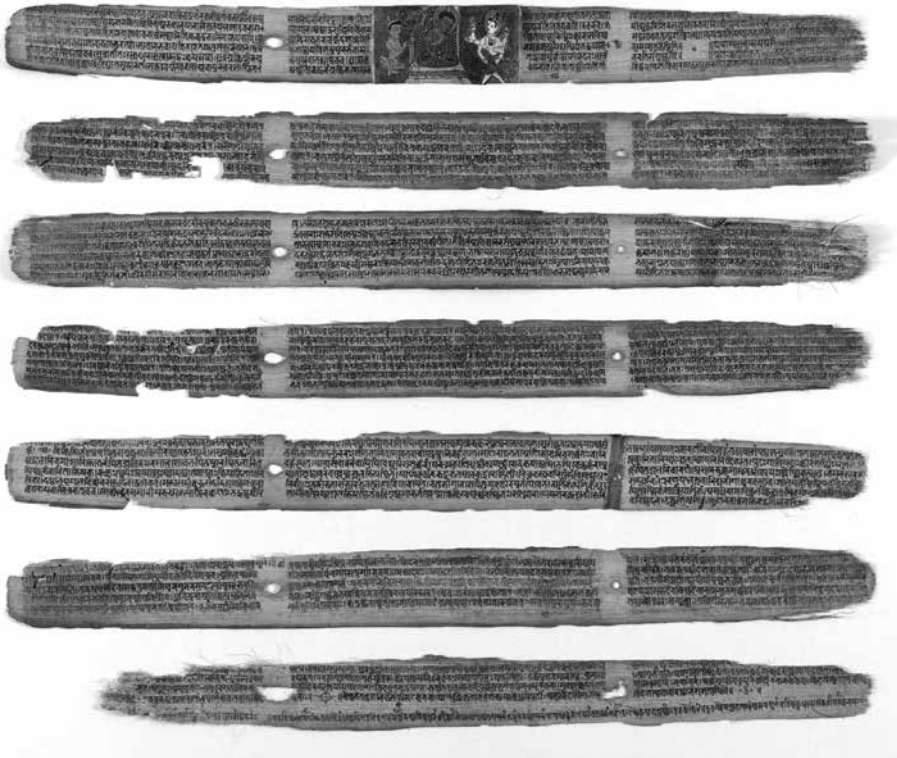
*“Cuando la nariz de un hombre ha sido cortada (como castigo) o destruida (por alguna enfermedad o contienda bélica), el médico tomará la hoja de una planta que sea del tamaño de la parte destruida, la coloca sobre la frente o la mejilla, para recortar un trozo de piel de igual dimensión (pero de tal manera que la piel permanezca unida por uno de los extremos). Se refresca con el escalpelo los bordes del muñón de la nariz, para cubrirlo por ambos lados con la piel preparada, cosiéndola por los bordes. Luego coloca dos tubos delgados donde deben ir las ventanas de la nariz para facilitar la respiración y mantener la forma de la piel aplicada. Se completa colocando sobre la zona cruenta polvos de sapan, raíces de regaliz y berberis, cubriendo finalmente con algodón. Tan pronto como la piel se haya integrado a la nariz o zona receptora, se corta la conexión con la zona dadora”.*<sup>3</sup>

En la antigüedad en la India era castigado con la amputación de la nariz o las orejas el adulterio de las esposas infieles o ciertos delincuentes, lo que involucraba un estigma social. También podría ser destruida la nariz por la enfermedad, como sífilis, lepra, entre otras.



By [https://wellcomeimages.org/indexplus/obf\\_images/b2/aa/42e2eb38a36747a86c4cbf10131a.jpg](https://wellcomeimages.org/indexplus/obf_images/b2/aa/42e2eb38a36747a86c4cbf10131a.jpg) Gallery: <https://wellcomeimages.org/indexplus/image/L0034906.html> Wellcome Collection gallery (2018-04-01): <https://wellcomecollection.org/works/b84hdazm> CC-BY-4.0, CC BY 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=36065412>

3 ACERBI CREMADES, Norma: Orígenes de la Cirugía Plástica. Padres, pioneros y otros más. *Revista de Salud Pública*, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), (XIII) 2: 47-52, dic. 2009.



Hojas de palma del Sushruta Samhita o Sahottara-Tantra almacenadas en el Museo de Arte del Condado de Los Ángeles, de Nepal, el texto está fechado en los siglos XII-XIII, mientras que el arte está fechado en los siglos XVIII y XIX. [http://collections.lacma.org/sites/default/files/remote\\_images/piction/ma-31972784-03.jpg](http://collections.lacma.org/sites/default/files/remote_images/piction/ma-31972784-03.jpg)

En época romana, **Aulus Cornelio Celsus** describió, en su tratado “De Medicina”, una técnica para la reconstrucción de la nariz. Después de unos 10 siglos sin ningún descubrimiento particular, hay noticias sobre la cirugía reconstructiva de la nariz en la obra “la Rolandina” del maestro Rolando Capezzuti de Parma y en el tratado “Cirugía” de Enrico di Mondeville.<sup>4</sup>

Los primeros cirujanos europeos que restauraron una nariz perdida, fueron en el Renacimiento (siglo XV) **Gustavo y Antonio Branca, (los Branca)** de Sicilia y **los Viano de Maida y la familia Boiano de Tropea, de Calabria**, que conservaban su técnica como secreto de familia.

4 [https://www.siciliafan.it/rinoplastica-gustavo-antonio-branca/?refresh\\_ce](https://www.siciliafan.it/rinoplastica-gustavo-antonio-branca/?refresh_ce)

Pero fue **Gaspare Tagliacozzi (1546 – 1599)**, profesor de Anatomía y Cirugía en Bolonia el primero en practicar la Rinoplastia con criterios apoyados por sólidos conocimientos anatómicos y logró además efectuar con éxito la plástica de las orejas y los labios. La operación de la **rinoplastia reparadora** consistía en tomar un colgajo de la piel del brazo y mantenerlo ligado a la nariz hasta su total adhesión, la llamada “nariz a la italiana”, por un colgajo distal de pedículo único. La Rinoplastia fue enérgicamente condenada por la Iglesia y la Inquisición, que prohibían todo intento de enmendar la obra del Creador.



Gaspare Tagliacozzi (1546 – 1599)

Corresponde a Gaspare Tagliacozzi haber transformado un arte manual despreciado como propio de cirujanos-barberos, en un procedimiento científico, quirúrgico y artístico sistematizado. Publicó en Venecia en 1597 su libro *De Curtorum Chirurgia per Insitionem* (traducido como Sobre la Cirugía de la Mutilación por Medio de la Incisión), donde deja en claro que sus operaciones tienen por objeto devolver la belleza a un rostro mutilado por motivos muy diversos.<sup>5</sup>

Una excepción en el siglo XVIII, fue en Inglaterra, en 1794, la revista



5 SOTO-MIRANDA, M.A., ROMERO-Y-HUESCA, A., GONÉ-FERNÁNDEZ, A. y SOTO-GONZÁLEZ, J.: Tagliacozzi: no sólo cirujano plástico. *Gac Méd Méx* Vol. 142 No. 5, 2006: 423-429, p. 425.

*The Gentlemen's Magazine* que se ocupó del tema, informando que el Rey Jorge IV la autorizaba para todos los necesitados.

Cirugía Plástica es un término acuñado en Grecia, que proviene de cirugía, que significa trabajo manual, y plástica, que significa modelar, por lo que el término completo significaría, modelar con las manos. Una definición más actual expresa que la cirugía plástica se ocupa de la corrección de todo proceso congénito, adquirido, tumoral, o involutivo que requiera reparación o reposición de los tejidos, ya sean que esos procesos afecten la forma o la función. Se trata de la especialidad quirúrgica encargada de restablecer la integridad anatómica o funcional del cuerpo humano alterado por defectos congénitos (al nacer) o adquiridos a través de la vida. Para evitar con-

fusiones el nombre del Título otorgado a quienes finalizan los cursos ha ido cambiando y ha ido incluyendo nuevos términos para que tanto oficialmente en la Facultad de Medicina, como la Sociedad Científica Nacional y las Sociedades científicas Internacionales adoptaran finalmente el nombre de: **cirugía plástica, reparadora y estética.**



El método italiano para la rinoplastia reparadora (ilustración del libro de Tagliacozzi)

## EL COMIENZO

A pesar de la creencia generalizada de que el nacimiento de la medicina y la cirugía como disciplina con protocolos detallados, tuvo lugar en Grecia es interesante consignar que en la India, cientos de años antes de las descripciones realizadas por Hipócrates, ya se habían escrito libros y había Maestros que la enseñaban en forma por demás sistemática. Se habían ideado procedimientos quirúrgicos mucho antes que en cualquier otro sitio del mundo. Pero lo más interesante es que esos procedimientos quirúrgicos ideados en ese entonces se utilizan hoy día en la práctica diaria de cualquier servicio de cirugía plástica alrededor del globo. Sobre todo si pensamos que los grandes adelantos que permitieron evolucionar a la cirugía en general y a la cirugía plástica particularmente, como la antisepsia, la asepsia, la anestesia, las transfusiones y la alergia, recién se pudieron poner en práctica a partir de la mitad de los años 1800 en adelante. Para realizar esos procedimientos se idearon y construyeron instrumentos quirúrgicos, a pesar de que en esa época no se contaba con los conocimientos para producir acero, ya que esa aleación se comenzó a utilizar también a mediados de los años 1800. Pero tenían conocimiento de los minerales de hierro, cobre, estaño, etc., justamente la aleación del cobre y del estaño en cantidades precisas llevó al desarrollo del bronce, aleación que se usa hasta el momento actual.

Por lo expuesto, en la actualidad se considera como padre de la cirugía plástica al médico cirujano Indio llamado **Susruta**, también conocido como Sushruta o Sushrut, ya que fue quien escribió el texto más antiguo conservado actualmente en el mundo. La fecha de su nacimiento se desconoce, pero se estima que pudo haber nacido hacia el año 800 AC. Se desconoce también su verdadero nombre ya que Sushruta significa la persona que es **“muy escuchado”**.

Las imágenes sobre su persona que se conservan en el museo de Nueva Delhi no son verdaderas, sino que han sido idealizadas, teniendo en cuenta los relatos que se conservan. Sin embargo sus escritos en sánscrito se conservan en buen estado. Escribió el Sushruta-Samhita o Samjita que junto con el Chovak-Samjita, forman la base de la medicina tradicional India e integran la gran trilogía de la medicina ayurveda (Ayurvedic Medicine) que quiere decir conocimiento de la vida. Esta trilogía es uno de los primeros sistemas médicos creados en el mundo.

Sushruta tenía como idea, la visión del paciente como un conjunto, como una totalidad, que es la visión que actualmente se tiene de un paciente enfermo. No se centraba sólo en los síntomas de la enfermedad sino que entendía que su medicina se trataba de un sistema holístico que debía incluir una visión espiritual de cada persona. Su medicina tenía tres pilares fundamentales que cambiaban con el tiempo, hecho muy importante la adaptación y no mantenerse inmutable, donde el primer pilar se centraba en los conocimientos que se tenían de las enfermedades, a los que se agregaban las repercusiones que producían las enfermedades desde el punto de vista espiritual y el uso correcto de las hierbas medicinales.

¿Por qué logró la medicina en la India avanzar más que en Occidente? Se cree que fue porque le estaba permitido a los médicos hacer disecciones de cadáveres y también de animales. Los estudiantes de medicina tenían que hacer un curso de seis años de aprendizaje, luego de los cuales se debía hacer un juramento frente a su maestro con el fin de que se hiciese un correcto uso de los conocimientos. De esta forma el maestro autorizaba el ejercicio de la medicina. En los libros de Sushruta se tratan 300 procedimientos quirúrgicos, se describen 120 instrumentos médicos, se habla de 1120 enfermedades y finalmente se analiza el uso de 750 hierbas medicinales, resaltando que la cirugía es uno de los últimos recursos a utilizar. Los procedimientos quirúrgicos fundamentales tratan de extracción de dientes, tratamiento de las cataratas, tratamiento de los diversos tipos de heridas, tratamientos de las fracturas y luxaciones, y la confección de férulas.

En cuanto a la cirugía plástica interesa la descripción de la técnica que se aplicaba para la reconstrucción de la nariz. Esta técnica se desarrolló dado que uno de los castigos que marcaba la ley para ciertos delitos era la sección o amputación de la nariz. Entre los delitos que tenían este castigo estaba el adulterio.

La descripción del procedimiento se encuentra en el Museo Nacional de Nueva Delhi y es muy ilustrativo ya que su lectura llevará al lector a conocer lo que se denomina en cirugía plástica como colgajo de piel, procedimiento que como se verá más adelante es de rutina en la cirugía actual. He aquí la descripción de Sushruta:



“El médico tomará una hoja de arbusto del tamaño de la parte destruida, la coloca sobre la frente, o la mejilla para recortar un tamaño de piel de la misma dimensión, pero de tal manera que la piel permanezca unida en uno de sus extremos. El más cercano a la zona a cubrir. Se refresca con el escalpelo los bordes del muñón de la nariz para cubrirlo con la piel ya preparada, cosiéndola por sus bordes. Se colocan dos tubos delgados donde deben ir las ventanas de la nariz para permitir la respiración y ayudar a mantener la forma de la piel aplicada. Tan pronto como la piel se haya integrado a la nariz, zona receptora (hoy se sabe que son tres a cuatro semanas), se corta la conexión con la zona dadora.”

Acaba de leerse en forma textual, excepto la frase entre paréntesis, un escrito sobre cirugía plástica de casi 3000 años de antigüedad, explicado con increíble claridad. Se trata de lo que se conoce como el colgajo indiano. Las agujas para sutura eran construidas en hueso o bronce, el hilo era de cáñamo, lino, cabello humano o tendones e intestinos de animales preparados para ese fin.

En cuanto a la anestesia, se trataba que el paciente tuviera una ingesta abundante de vino y la inhalación de humo de cannabis. De todas formas el paciente era atado a una mesa de madera. Actualmente se considera que todas las civilizaciones que curaban las heridas colocando vino sobre ellas, tenían mejor evolución ya que el vino por su contenido alcohólico fue el mejor antiséptico de toda la historia.

La técnica indiana de reconstrucción de la nariz llegó recién a la medicina árabe en los años 700 DC y dada la cercanía geográfica pasó luego a Sicilia para posteriormente conocerse en toda Italia. Recién en 1794 llegó a conocimiento de los cirujanos ingleses.

Lo mismo sucedió con la medicina originaria de India ya que se mantuvo desconocida en occidente hasta que los soldados Británicos en 1890 encontraron los escritos antiguos. En 1907 se hicieron traducciones al inglés, los que se resumieron en 3 volúmenes. Esta tardanza en conocer en occidente los escritos sobre medicina de la India hicieron que desde hace centenas de años se sostuviera la idea de que fue Hipócrates de Grecia, el primero en sistematizar las enfermedades, considerándolo el padre de la medicina. A pesar de ello se reconoce actualmente que la visión holística, la de ver al paciente como un todo para poder llegar a la cura del enfermo, concuerda con la mirada actual

de la medicina occidental, a diferencia de la medicina griega inicial en cuanto a diagnosticar y tratar solo los síntomas.

Como dijimos tanto los términos cirugía como cirugía plástica derivan del griego, basada en las enseñanzas de Hipócrates (460-370 aC) nacido en la isla de Cos en Grecia, lugar de donde el Guillermo H. Fossati nos trajo como regalo una hoja de higuera, un árbol que estaba en el lugar bajo el cual enseñaba Hipócrates y junto al juramento que se tomaba a los médicos que aprendían con el Maestro. Uno de los autores (AI) lo conserva en un cuadro en el consultorio. Las enfermedades quirúrgicas que se enseñaban en Grecia eran las mismas que se trataban en la India pero no hay descripción alguna sobre colgajos o procedimientos de cirugía plástica.

Más adelante en el tiempo en el Imperio Romano, se destacó Aulio Cornelio Celso (25 aC-50 dC) quien era un enciclopedista y médico romano cuyo libro sobre Medicina se conserva intacto. En dicho libro se escribe en los capítulos finales sobre la Cirugía, sobre todo acerca del tratamiento de suturas de las heridas, y un capítulo entero se dedica al tratamiento de las fracturas, luxaciones y tratamientos ortopédicos.

En esa época se reconoce a Galeno Siglos I y II dC , valorado por modificar las ideas de Hipócrates que tuvieron una duración de 400 años, para no solo detenerse a contemplar la enfermedad, sino tratar de entender la enfermedad mediante el examen del paciente, mirándolo como un todo.

Tuvieron que pasar siglos para poder encontrar descripciones de procedimientos de cirugía plástica. De esta manera valoramos más lo adelantado de la cirugía que se practicaba en la India.

Deberá llegarse a 1492 para encontrar a los BRANCA de Sicilia, que practicaban el método indiano para reconstrucción de nariz, de la misma forma que fue descrito anteriormente y que como se dijo le puede haber llegado a través de la medicina árabe.

Sin embargo a quien se llama en Occidente el padre de la cirugía Plástica es a Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) de Bolonia, quien no solo describe y utiliza el colgajo indiano sino también emplea un colgajo similar tomado del brazo, con el mismo fin de reconstruir la nariz. Para ello diseña aparatos especiales que permitían mantener el brazo

inmóvil sujetado a la frente por el lapso de cuatro semanas, luego de lo cual secciona el pedículo del colgajo de la zona dadora.

Ese lapso de tres a cuatro semanas que debe permanecer el colgajo adherido a la zona receptora sin despegarlo totalmente de la zona dadora se debe a que el cuerpo humano es capaz de crear NUEVOS VASOS, desde la zona receptora hacia la piel que se le coloca encima. Esos nuevos vasos, tanto arterias como venas comienzan a crecer rápidamente; ya en los primeros dos días se ha logrado visualizar ese crecimiento. Sin embargo ese crecimiento celular es lento y se necesitan 21 a 28 días como para que tengan el desarrollo suficiente y permitan irrigar sangre a todo el colgajo y éste pueda sobrevivir cuando se le corta el pedículo que lo une a la zona dadora. Por este mismo proceso del crecimiento de los nuevos vasos (neo vascularización) que se une a la piel que se apoya sobre una zona que carece de la misma, es que se explica la supervivencia de los injertos de piel que recién se comenzaron a realizar a mediados del siglo XIX. Puede sorprender cómo se realizaban cirugías de colgajos complejos y debieron pasar 200 años más para que alguien elevara un trocito de piel de un sitio sano y lo pusiera en otro ulcerado.

Tagliacozzi escribió un libro que se considera el primer tratado de cirugía plástica. Hay autores que sugieren que este cirujano fue muerto por una sentencia de la Inquisición. Recordar que en el siglo XII el Papa Inocencio III había prohibido las cirugías por considerarla un procedimiento endemoniado. En los siglos siguientes el avance de la cirugía fue muy lento, casi nulo, y los procedimientos que realizaba Tagliacozzi a fines de los años 1500 no eran bien vistos por la Iglesia. Sin embargo Turnes en el ya citado libro sobre Héctor Ardao, hace una exacta descripción del juicio que se le hace a Tagliacozzi y que se realizó *post mortem*, llevado a cabo por el Santo Oficio, por lo que la muerte del médico fue por causas naturales.

Recién el Rey Jorge IV de Inglaterra en los años 1800 tomó la decisión de autorizar las cirugías, particularmente la **rinoplastia reparadora**, a quienes así las necesitasen.

En el resto de Europa la operación recién fue retomada en 1822, por obra de **Johann Friedrich Dieffenbach (1792 – 1847)**, Profesor en Berlín y audaz innovador de la cirugía plástica.

Otro destacado profesor alemán fue **Karl Ferdinand von Gräfe (1787 – 1840)**, de Varsovia (entonces Prusia), quien introdujo la operación del labio leporino congénito en 1816, llevando adelante la intervención para las divisiones palatinas (paladar bifurcado o bífido).

Ambrosio Paré (1510-1590) de origen francés, junto con Tagliacozzi fueron quienes le dieron impulso a la cirugía. A pesar de ser una persona poco culta y de origen muy humilde, que lo diferenciaba de los enciclopedistas, Paré no sabía griego ni latín, por lo que escribía en francés, aunque por su obra debió ser un médico muy inteligente y visionario. Alguien lo describió como un médico con gran humanidad en una época de gran crueldad. En sus comienzos fue un barbero-cirujano que se perfeccionó concurriendo a los hospitales de París hasta que fue nombrado médico del ejército. Allí tuvo la oportunidad de tratar cientos de heridos y poder observar la evolución que presentaban. Cambió radicalmente el concepto de Hipócrates que enseñaba que frente a una herida había que cauterizarla, lo

que se llevaba a cabo con fuego, con hierro candente o con aceite hirviendo. Ese tratamiento provocaba dolores inmensos e inflamaciones enormes que muchas veces llevaban a la muerte. Por lo que decidió comenzar a tratar las heridas de guerra en forma conservadora mediante el uso de bálsamos y pomadas, constatando que la evolución era más favorable. Pero también tuvo la inteligencia de que frente a una arteria o vena que presentaba un gran sangrado la solución era la ligadura de esos vasos y el sangrado cesaba sin cauterización alguna. Fue el primer cirujano en realizar cirugía plástica a la malformación congénita cono-



Johann Friedrich Dieffenbach (1792 – 1847)



Karl Ferdinand von Gräfe, (1787 – 1840)

cida como labio leporino o labio hendido. Es muy interesante resaltar que en reconocimiento a sus buenos tratamientos con los heridos de guerra fue convocado a realizar tratamientos quirúrgicos a la realeza y que al fin de su vida fue condecorado por la Sociedad Médica Nacional y a su vez fue nombrado médico de los reyes de Francia, sirviendo a cuatro de ellos.

De esa época pasamos a los años 1800, destacando al gran cirujano francés Dominique Jean Larrey, Jefe de la Sanidad de los ejércitos de Napoleón de quien hablaremos en otros capítulos, y muy conocido en Uruguay ya que Guaymirán Ríos Bruno estudió la vida de este cirujano en profundidad y Turnes en el libro publicado sobre la vida de Ríos Bruno, incluye muchos artículos de esos estudios. Guillermo H. Fossati llegó a decir que Larrey era capaz de realizar la amputación de un miembro en menos de un minuto y que con ello logró salvar la vida de miles de soldados heridos en las batallas napoleónicas.

También por esa época debemos reconocer los trabajos realizados en Berlín por Dieffenbach hacia 1822, donde llevaba a cabo la cirugía y la reconstrucción de la nariz.

## **HACIA LA GRAN EVOLUCIÓN. Injertos de piel**

Han transcurrido ya 2600 años de historia documentada de la Medicina y recién estamos por dar los grandes pasos.

Como se explicó anteriormente, se trata de obtener un trozo de piel de un sitio llamado donante para colocarlo en otro lado donde falta piel, llamado receptor. Pero en la medida que se daban estos pasos surgían múltiples preguntas que se fueron respondiendo con el tiempo, gracias a la experimentación.

- ¿se puede colocar piel de animales como injertos?

- ¿se puede colocar piel de otra persona o aún de una persona recién fallecida?

- ¿qué ventaja tiene este tratamiento, si se obtiene piel de una zona dadora y se coloca en otra parte del cuerpo que lo necesita, no quedará faltando piel en el lugar desde donde se tomó?

-¿de qué manera un trozo de piel suelta desconectada de su irrigación normal lograría sobrevivir en el nuevo sitio?

En 1869 Jacques-Louis Reverdin, un interno de los hospitales en Suiza, realiza el primer injerto llamado *pinch graft*, en 1872 Ollier en Francia y Thiersch en Alemania realizan los primeros injertos de piel parcial y en 1875 Wolfe describe los injertos de piel total que se mencionan a continuación.

Con los injertos de piel se logró un gran avance en la cirugía plástica reparadora pero tuvieron un largo camino de experimentación para ir contestando las preguntas antes planteadas. Jacques-Louis Reverdin (1842-1929) frente a una zona ulcerada tuvo la idea de puncionar con un agujero un pequeño trozo de piel que al levantarlo con la aguja quedaba como una pequeña pápula la que cortaba con un bisturí y con la propia aguja lo depositaba en la zona ulcerada, aunque se colocaban separados entre sí, se necesitaban múltiples de esos pequeños trocitos de piel para cubrir la úlcera. Sus Jefes al enterarse del procedimiento realizado le hicieron severas amonestaciones, pero para sorpresa de todos los trocitos de piel injertada sobrevivieron (prendieron) y la idea resultó un éxito. El injerto de Reverdin se sigue realizando hasta el día de hoy debido a su sencillez y a la posibilidad de hacerlos sin tener necesidad de llevar el paciente a la sala de operaciones. Según Guillermo H. Fossati, es un milagro que este injerto sobreviva, ya que en su centro, es decir en la parte más elevada, está compuesto por la piel y el tejido subdérmico que es el tejido adiposo, afinándose hacia su periferia donde está compuesto de piel extremadamente fina. De allí que los cirujanos razonaron que cuanto más fino es el trozo de piel a injertar más posibilidades tenían de que esos injertos sobrevivieran. El espesor de la piel varía en las diferentes zonas del cuerpo, y va desde un espesor de medio milímetro en los párpados, la zona más delgada, hasta la piel más gruesa que mide 3 mm, en la planta de los pies.

Por ello fue necesario construir navajas o cuchillas muy afiladas y con el buen pulso del cirujano se lograba obtener cintas de piel de espesor parcial como se dijo. De allí que la pregunta cómo se cura la zona dadora de piel puede responderse que, si se retira la piel de espesor parcial, la parte que queda de piel cura perfectamente ya que se extrajo sólo la porción más superficial. Más adelante se colocaron

injertos de espesor total, pero para cerrar la parte dadora había que suturar los bordes.

Muy interesante resulta que debido a las investigaciones de Mañé Garzón y Turnes, se pudo encontrar la presencia en Edimburgo (Escocia) de un médico uruguayo cuando corrían los años de la realización de los primeros injertos de piel. Se trataba de Francisco Vardy Davison oriundo de Florida quien escribió su tesis en inglés en 1879 bajo el título de “Animal grafting and its value in practical surgery”. En su libro “Francisco V. Davison (1853-1921) de Edimburgo a Minas de Corrales”, Turnes hace un acabado estudio de la vida de este médico uruguayo y obtiene la tesis escrita por él, haciéndola traducir por la Dra. Raquel Domínguez Domínguez. La tesis menciona todas las preguntas que fueron expuestas antes y los experimentos realizados de injertos de piel de animales a seres humanos y de pacientes fallecidos a seres humanos a fin de conocer si esas cirugías serían posibles. Hoy sabemos que por el momento los injertos viables son los **autoinjertos** de piel, es decir injertos del propio individuo. Si se colocan los otros tipos de piel el organismo los rechaza, ya que nuestro sistema inmunitario lo detecta como tejidos que no son de nuestro propio cuerpo. Para demostrar por cuánto tiempo se realizaron experimentos de nuevos tratamientos con injertos de piel, se ha sabido que el Dr. José Lino Amorín, oriundo de SALTO, 16 años más tarde de presentada la tesis de Davison, presentó su tesis de doctorado en París sobre “Restauración de los párpados mediante injertos cutáneos”.

Más adelante en Argentina un cirujano muy reconocido en Sudamérica, el Dr. Enrique Finochietto ideó una cuchilla graduable que permitía extraer injertos del espesor que el cirujano deseara. En 1929 Padget inventa su dermatomo, muy poco usado en Uruguay, donde se prefiere la cuchilla graduable de hojas cambiables, descartables.

### **Injerto compuesto**

El injerto compuesto es aquel que contiene diferentes tipos de tejidos, como puede ser injertos con piel y cartílagos (ala nasal o trozos de orejas) o más complejos aún como el pulpejo de un dedo seccionado, los que se colocan en un área cruenta a la espera de que sobrevivan. Desde la más remota antigüedad hay relatos de personas a la que se les

amputó una zona del cuerpo y trataron de adherirla nuevamente. Hay un relato acerca de que un terrateniente habiendo tenido un accidente en el que se le amputó la punta de la nariz le pide al médico que le coloque la nariz de uno de sus empleados. Hay numerosísimos testimonios de este tipo de injertos, algunos de los cuales aparecen detallados en la tesis de Davison. Uno de los testimonios más interesantes es el que se presentará en el capítulo sobre Microcirugía, acerca de los tratamientos realizados por el Dr. Hofacker cuando era médico cirujano de la Universidad Alemana de Heidelberg.

Se trataba de una cofradía estudiantil que como rito de iniciación los estudiantes aspirantes debían realizar un duelo de espadas a muy corta distancia y con los codos apoyados en la misma mesa. Allí frente a frente se realizaba el duelo que finalizaba con la primera herida. En general las heridas eran en los antebrazos, manos o en la cara, pero en ocasiones se amputaban total o parcialmente las orejas o la nariz. El Dr. Hofacker había presentado un escrito en la Sociedad de cirugía acerca del tratamiento que realizaba. El mismo consistía en primer lugar tratar de parar el sangrado en la zona herida, luego lavar profusamente el segmento amputado y volverlo a colocar en forma prolija en su sitio, para inmovilizarlo por tres semanas con pegamentos y curaciones. De esa forma logró en algunas ocasiones que los fragmentos sobrevivieran.

La explicación está que los mismos *neo vasos* que se originan para hacer viables los colgajos e injertos, también se desarrollan para tratar de dar irrigación a la parte amputada, pero ya puede deducir el lector que cuanto más grande la zona amputada más difícil es que mediante esos pequeños nuevos vasos se logre revascularizar todo el injerto, por lo que la mayoría de las veces no prospera.

Por lo tanto en el momento actual, cuanto más pequeño es el trozo de cuerpo amputado, es aconsejable colocarlo e inmovilizarlo en su sitio y la mayoría de las veces se logra que esa parte injertada sobreviva. Uno de los autores (AI) ha logrado que pequeñas amputaciones de puntas de dedos, sobrevivan realizando este tipo de recolocación e inmovilización. Sin embargo con el advenimiento de la Microcirugía Vascular Reparadora, cuando el trozo amputado es más grande, se trata de unir los pequeños vasos seccionados y se logran reimplantes microquirúrgicos de porciones de dedos, manos y brazos. En el capítulo sobre Microcirugía mencionado se describe el reimplante de una oreja



completamente amputada lograda por el autor mencionado, reconocido como el tercer caso mundial en este tipo de reimplante.

A principios de 1900 debemos destacar, el inicio de la cirugía estética que Jacques Joseph en 1904 había logrado impulsar con sus tratamientos sobre otoplastia y rinoplastia, como podrá verse en el capítulo correspondiente. No debe dejar de mencionarse a un cirujano nacido en Martinica, pero que trabajó en París, se trató de Hippolyte Morestin (1869-1919) uno de los fundadores de la cirugía plástica moderna. El propio Gillies de quien se hablará mucho en este libro fue a conocerlo viajando desde Londres a París a tal fin y trabajando con él durante la atención de los heridos de la Primera Guerra Mundial (1914 – 1918).

En Francia **Louis Xavier Ollier (1830 – 1901)** ideó el injerto dermoepidérmico, conocido como “injerto de Ollier-Thiersch”.

**Karl Thiersch (1822 – 1895)**, cirujano alemán, introdujo el injerto cutáneo y un cuchillo aplicado para el mismo fin, que lleva su nombre.

**Jacques Louis Reverdin (1842 – 1908)**, cirujano suizo ideó el método de injerto epidérmico, conocido por su nombre.

Algunos cirujanos franceses tendrían influencia (directa o indirecta) en la formación de los cirujanos plásticos uruguayos.

### **Hippolyte Morestin (1869 – 1919)**

La cirugía reparadora ya existía desde fines del siglo XIX, como entidad separada de la cirugía de guerra, pero estaba limitada a intervenciones como las rinoplastias, las queiloplastias y las refacciones de malformaciones. En su libro *Escultores de rostros*, Passot escribe:

“La cirugía reparadora llegó, en los años que precedieron a la guerra, a manera de preparación para la cirugía estética pura. Las rinoplastias, las queiloplastias y las refacciones del labio

leporino tienen como finalidad corregir deficiencias y pérdidas de sustancia. La guerra, que provocó inmensas mutilaciones faciales, hizo despegar a la cirugía reparadora, que en ese momento alcanzó su apogeo”.



Hippolyte Morestin (1869 – 1919)

Esta cirugía reparadora es la que ya practicaba antes de la guerra el Padre de los Carirrotos (*Gueules Cassées*=GC), Hippolyte Morestin (1869-1919) en las destrucciones tisulares debidas a patologías, cánceres sobre todo. Como desapareció tan tempranamente, poco después de terminar el conflicto, en 1919, le faltó tiempo para poner su arte al servicio de “la frivolidad”. Fue alumno de Le Dentu, Interno de los hospitales (1889), Asistente de Anatomía (1891), Cirujano de los hospitales (1898), Catedrático (1904) y fue designado jefe del Servicio de Cirugía reparadora en el Hospital Saint-Louis (1914). Basó su reputación en la cirugía del cáncer de la cara y de la lengua. En especial, transmitió sus técnicas quirúrgicas a su interno, Raymond Passot. Desde 1911, este último lo incitaba a publicar, pero Morestin se negó, porque juzgaba que la opinión pública no estaba preparada para eso. En el momento del estallido de la guerra, Morestin estaba a punto de dejarse convencer por Passot. Sin embargo, Morestin había publicado artículos sobre el aspecto estético de la técnica operatoria en el *Bulletin de la Société Anatomique*. Durante la guerra de 1914, Morestin repartió su actividad entre el Hospital Rothschild y el Val-de-Grâce. Como Dubois, Passot benefició del mandato de Sébilleau. En su obra *Escultores de rostros*, escribe: “Tuve la felicidad de conocer a Morestin y también, más adelante, a Sébilleau. Estos dos admirables maestros me enseñaron la cirugía plástica y yo ya veía cumplirse un esbozo de mis deseos”.

### **Pierre Sébilleau (1860 – 1953)**

La vocación de François Dubois por la cirugía estética estaba inscrita en su trayectoria de médico. Realizó su primera pasantía de externo parisién en el servicio del profesor Pierre Sébilleau, Jefe del Servicio de Enfermedades cutáneas del Hospital Saint-Louis, Encargado de los cursos de Clínica quirúrgica, precursor de la cirugía estética hospitalaria. En octubre de 1899, Sébilleau había abierto el primer servicio de ORL en Lariboisière; allí desarrolló la cirugía máxilo-facial, la de la cabeza y la cervical. Más especialmente, recor-



daremos su técnica de laringectomía parcial para evitar la pérdida de la voz en caso de cirugía de laringe. Dubois le dedicará más adelante su tesis, *Ensayo sobre el tratamiento del chancro simple con aplicaciones locales de arsénamina*, que defendiera el 27 de noviembre de 1912, en estos términos: “Al Dr. Sébilleau, Profesor Agregado de la Facultad, Otorrinolaringólogo del Hospital Lariboisière, Miembro de la Academia de Medicina, Caballero de la Legión de Honor”. Durante la guerra del 14, Sébilleau desarrolló la práctica de la cirugía plástica en su servicio del colegio Chaptal, junto con algunos de sus alumnos, como Dufourmentel.

### **Samuel Pozzi (1848 – 1918)**

En Turena, la familia de François Dubois había tenido ocasión de frecuentar como amigo al profesor Samuel Pozzi, padre putativo de Jean Montplaisir, su mejor amigo del liceo, que posteriormente estudió medicina y defendió su tesis en 1913, como Dubois. Es probable que estos encuentros informales con Pozzi hayan tenido influencia en la orientación de la carrera médica de Dubois. Pozzi (1848-1918) fue el primer cirujano francés que practicó una operación de rejuvenecimiento a una paciente, pero nunca publicó sus resultados. Fue asesinado por un paciente desequilibrado, como consecuencia de una intervención quirúrgica.



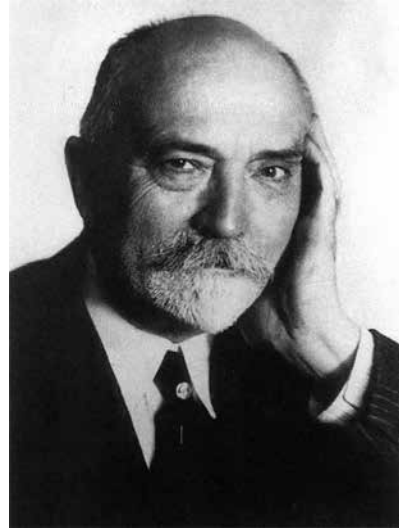
Samuel Pozzi (1848 – 1918)

Antes de la guerra del 14, tanto Passot como Dubois se habían sensibilizado a la cirugía reparadora durante las pasantías con sus respectivos maestros, Morestin en un caso y Sébilleau y Pozzi en el otro. Su experiencia quirúrgica durante la guerra orientará su vocación de posguerra.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> DERQUENNE, François: Deux pionniers français de la chirurgie esthétique: François Dubois et Raymond Passot. En: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2015x049x001/HSMx2015x049x001x0029.pdf>

### **Victor Veau (1871 – 1949)**

Fue un cirujano francés que tuvo una larga carrera con contribuciones esenciales a la cirugía de la fisura palatina y el labio leporino. Culminó como Jefe de Servicio en el Hôpital des Enfants Assistés y en el Servicio de Fisura Palatina del Hôpital Saint-Michel. Cirujano pediátrico por formación, se especializó en la mencionada cirugía del paladar durante 25 años de su vida. Su experiencia fue considerable. En 1940 había operado más de 300 niños y en el Hôpital Saint Michel, durante

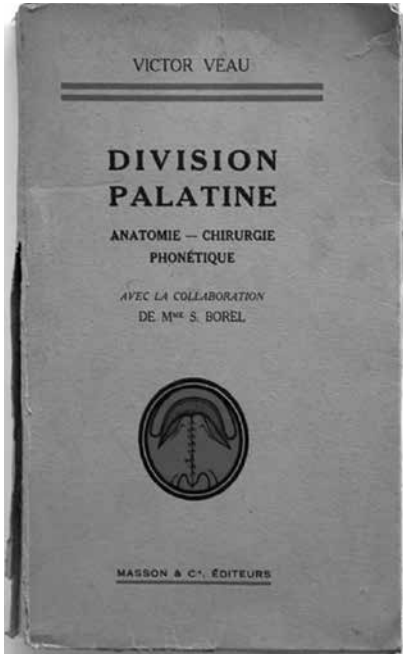


Victor Veau (1871 – 1949)

16 años él y sus colaboradores realizaron 3367 operaciones. Acumuló invaluable documentos que atesoró y tomó personalmente fotografías de cada etapa. Escribió sus descripciones operatorias y observaciones clínicas de su propia mano en numerosos volúmenes conteniendo la historia de 1132 niños con 1200 fotografías y más de 8000 esquemas operatorios. Antes y después de cada operación, Veau anotaría no solamente el plan preoperatorio del procedimiento, sino también sus impresiones postoperatorias con comentarios sobre cada uno. Revisó todos los trabajos sobre el tema de la fisura palatina y el labio leporino e hizo numerosos viajes a Austria, Alemania, Suiza e Inglaterra, para observar y juzgar los métodos empleados por sus contemporáneos. Además de sus numerosos trabajos presentados en sociedades científicas, dejó dos tratados clásicos: “Division Palatine”, publicado en 1931 y “Le Bec de Lièvre”, publicado en 1938. Fue crítico con el procedimiento usado por Langenbeck y sus seguidores para facilitar la aproximación de los extremos del paladar hendido por sección de los músculos.<sup>7</sup>

Morestin y Veau tuvieron contacto en diferentes momentos en la trayectoria de Manuel Albo y Enrique Apolo, dos cirujanos uruguayos,

7 CONVERSE, John Marquis: Victor Veau (1871 – 1949). The Contributions of a Pioneer. En: [https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1962/08000/Victor\\_Veau\\_\\_1871\\_1949\\_.1.aspx](https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1962/08000/Victor_Veau__1871_1949_.1.aspx)



el último de los cuales tuvo permanente dedicación al tema de la fisura de paladar y hendidura labial. Morestin fue también importante en la formación del neozelandés Sir Harold Gillies, particularmente en la atención de los graves lesionados de cara durante la Primera Guerra Mundial, quien fue referente en la formación de Héctor A. Ardao, que inició formalmente el 1 de marzo de 1946 el primer Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva que tuvo Uruguay.

Samuel Pozzi visitó Uruguay en 1910 y tuvo una larga relación con los orientales Pedro Visca y Gerardo Arrizabalaga.

**Jacques Joseph (1865 – 1934)**, fue un cirujano alemán quien hizo importantes contribuciones al desarrollo de la cirugía plástica. La motivación de su especialización en cirugía plástica, comenzó en 1896, cuando una madre le rogó que corrigiera las orejas en pantalla de su hijo. Joseph aceptó el pedido y la operación que jamás se había intentado anteriormente, resultó todo un éxito. Su error fue publicar la nueva técnica, motivo por el cual la Universidad de Leipzig le pidió renegar de lo que llamaron “delirios”. En 1898 fue consultado por un hombre de 28 años que tenía una nariz en “pico de águila”, que llamaba mucho la atención y le provocaba una profunda depresión psíquica.

Aceptó la propuesta y luego de practicar en un cadáver la técnica diseñada para tal efecto, realizó la intervención. La denominó “Rinomiosis” y consistía en una incisión externa sobre el puente de la nariz, la que posteriormente convertiría en una incisión interna. Su resultado fue muy satisfactorio, las cicatrices discretas y sobre todo fue importante la transformación psicológica del paciente. Joseph debió luchar al principio con los prejuicios de la sociedad y la de sus colegas, que le costaron hasta ser despedido de su cargo. Tuvo empeño y dedicación por sus objetivos tales como lograr la transformación física,



Jacques Joseph (1865 – 1934)

capaz de producir la transformación psicológica de los pacientes, sin relación a sexo o edad. Joseph continuó operando y en 1904 había efectuado 43 Rinoplastias, en 30 hombres y 13 mujeres. No se sabe si por valentía o coquetería masculina o porque todavía por aquella época, la opinión de la mujer estaba relegada. En 1918 la obra de Joseph fue reconocida y por eso ocupó la primera Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad de Berlín. Recibió bajo estipendio discípulos de diferentes partes del mundo, que sembraron la difusión de la especialidad.<sup>8</sup>

Un discípulo de Jacques Joseph fue **el uruguayo Gilberto Regules**, que presentó un trabajo al Primer Congreso Médico Nacional en 1916, titulado *Cirugía estética nasal*, primer aporte nacional a la cirugía plástica y reconstructiva en Uruguay.

## LOS GRANDES ADELANTOS

En 1846 Morton realiza las primeras anestésias, las que lentamente se fueron perfeccionando, hasta lograr anestésias seguras para que los cirujanos realizaran cirugías sin dolor y se pudiera pensar en nuevas cirugías imposibles de hacer sin esa ayuda, cirugía de pulmones, corazón, etc.

8 ACERBI CREMADES, N.: op. cit. p. 50.

En 1865, Lister comienza a preconizar la antisepsia y luego la asepsia. Joseph Lister (1827-1912), que posteriormente sería nombrado Barón Lister, fue un cirujano Británico que en la misma época que Louis Pasteur en Francia, luego de aceptar la teoría bacteriana de las infecciones, trataba de encontrar la forma de evitar la putrefacción de las heridas. Utilizó el calor o el fenol como forma de destruir los microbios y desinfectar los instrumentos y el ambiente así como propuso el lavado de las manos antes de realizar procedimientos quirúrgicos. Este método lo empleó para la cura de las heridas abiertas obteniendo resultados espectaculares. Ante ello la enorme cantidad de médicos incrédulos de estos procedimientos no tuvieron otra alternativa que aceptarlos. Robert Koch, el descubridor del bacilo de la tuberculosis, propuso esterilizar también la ropa que se usaría para las cirugías. De ese modo también se decidió realizar la esterilización de los hilos quirúrgicos. Con estos métodos había cada vez menos infecciones postoperatorias y postpartos.

Dentro de los grandes adelantos que permitieron el desarrollo de la cirugía y sus especialidades debemos tener en cuenta el descubrimiento de los grupos sanguíneos, mediante lo cual se pudieron realizar transfusiones de sangre de manera segura. Ello fue debido a que en 1900 el austríaco Karl Landsteiner desarrolló un sistema para clasificar los grupos sanguíneos (sistema AB0). Desde 1667, lo mismo que sucedió con los injertos de piel, se trató de hacer transfusiones de sangre desde animales a los seres humanos deteniendo su uso atento los malos resultados. Si bien se comprendió el papel de la inmunología en 1900, fue a partir de 1928, hace menos de 100 años, que se designaron 4 grupos sanguíneos, con la incorporación del grupo Rh.

## **INICIO DE LA ERA MODERNA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA**

Para la Primera Guerra Mundial, los heridos tenían mejor asistencia quirúrgica que en conflictos anteriores. Se contaba con la anestesia y la asepsia. Los grandes cirujanos plásticos eran Morestin en Francia, Gillies en Inglaterra, la Dra. Noël en Francia y Varaztad Kazanjian cirujano armenio- estadounidense graduado en Harvard en 1905, se pueden considerar los grandes fundadores de la cirugía plástica moderna. Para la Segunda Guerra mundial ya se cuenta con: anestesia más segura, transfusiones de sangre, empleo de equipos quirúrgicos estéri-

les y guantes de caucho, más adelante reemplazados por los de látex, también esterilizados.

La Segunda Guerra fue el escenario para probar masivamente el uso de los nuevos antibióticos, que demostraron ser extraordinariamente eficientes para el tratamiento de las infecciones.

En esa época nació la Especialidad como tal. Se pudieron realizar cirugías máxilo-faciales, reparar heridas graves de los miembros, traumatismos de cráneo que ocasionaban fracturas faciales. Fuera de los heridos de guerra se abordaron las malformaciones congénitas, comenzando de esa forma a sistematizarse la cirugía Reconstructiva, cirugía de los tumores, tratamiento de las ulceraciones, tratamiento de los grandes quemados, y la cirugía de la mano.

## **EMPLEO DE LOS COLGAJOS**

Como se dijo un colgajo es como una hoja o lengua de piel que se desprende de su entorno pero dejando un extremo llamado pedículo, unido a la zona dadora. Esa lengua de piel puede contener tejido adiposo y se gira para cubrir la zona receptora.

Este tipo de colgajo llamado aleatorio o al azar (random) sobrevivía gracias a la irrigación sanguínea que le llegaba a través del pedículo. Pero el colgajo no podía ser muy largo ya que si por el pedículo no corre suficiente sangre el colgajo puede fracasar y necrosarse. Esser en 1922, trató de resolver ese problema y presentó en Berlín un tratado con el diseño de numerosos colgajos llamados vascularizados, es decir que estaban diseñados sobre pedículos vasculares conocidos y por ello no había motivo para confeccionar colgajos de mayor tamaño. Esser los llamó los colgajos biológicos.

Desde entonces se han desarrollado cada vez más colgajos vascularizados, ya que como fue mencionado, hay mayor seguridad para su supervivencia, por lo que se han descrito colgajos basados en una sola arteria y vena, lo que permite que el colgajo tenga un gran tamaño. Se han reseñado colgajos cutáneos, dermo-grasos, colgajos músculo-cutáneos, musculares solos, y óseos aislados o con trozos de músculo o piel. Estos diseños fueron muy útiles cuando apareció la técnica de microcirugía reparadora, lo que permitió que, al suturar una sola arteria



y una sola vena, el transporte de todos esos diferentes tipos de tejidos fuera posible realizarlo allá donde fuera necesario. **Siempre como autotransplantes**, es decir dentro del mismo ser humano.

## LOS INICIADORES DE LA ESPECIALIDAD Y GRANDES MAESTROS

**Hippolyte Morestin** (1869- 1919) Nacido en el territorio francés de Martinica, hijo de médico, se trasladó a París para sus estudios de medicina. Su tesis de doctorado la realizó en 1894 y rápidamente se dedicó a la Cirugía Plástica, sobre todo a la cirugía reconstructiva máxilo-facial. Su renombre fue tal que durante la Primera Guerra Mundial el cirujano Inglés, Harold Gillies fue a su Servicio para verlo operar. Ese día Morestin removió un tumor facial y lo reconstruyó mediante el empleo de injertos. Se dice que las cirugías observadas por Gillies influyeron mucho en la decisión de especializarse en cirugía plástica. Morestin falleció durante la pandemia de gripe de 1918-1919.

**Sir Harold D. Gillies** (1862-1960). Nació en Nueva Zelanda, de quien se hablará a lo largo de esta obra, ya que al tener una vida prolongada y haber recorrido en numerosos viajes varios países del mundo, incluyendo a Uruguay se le considera en nuestro medio como el padre de la cirugía plástica moderna. Inclusive dos de nuestros pioneros en la especialidad, los Dres. Héctor Ardao y Guillermo H. Fossati lo fueron a conocer a Londres, donde lo vieron operar. Por ello constantemente su nombre aparece en la literatura médica nacional. En el libro sobre Héctor Ardao escrito por Antonio Turnes, aparecen notas sobre su vida tanto escritas por Turnes, como por Ardao a propósito de la muerte de Gillies, de quien llegó a escribir: **“él fue fundador y maestro universal y por él la especialidad adquirió su madurez científica habiendo entrado a formar parte de los planes de estudio de muchas escuelas de medicina”**. Al comienzo se dedicó a la Otorrinolaringología, ORL, pero durante la Primera Guerra Mundial tuvo que emplear técnicas de cirugía plástica para poder reparar la cara de los heridos. Si a ello sumamos la influencia que tuvo de las observaciones que hizo en París en el servicio de Morestin, todo ello fue determinante para que durante la Segunda Guerra Mundial se dedicara solo a esta especialidad, adquiriendo gran experiencia al tratar miles de soldados durante

la guerra y posteriormente a ella para reconstruir sus aspectos y funciones alteradas por las graves cicatrices. Crea nuevas técnicas quirúrgicas, y diseña nuevos instrumentos quirúrgicos, entre ellos el tan popular en Uruguay denominado porta-agujas de Gillies. El diseño era totalmente original, en una de sus ramas en la que se tomaba con la mano, el lugar donde se pone el pulgar es bastante amplio y curvado de manera que el dedo entre fácilmente. Por otra parte inmediatamente detrás de donde se toma la aguja de sutura, las 2 ramas se transforman en una tijera. De esa forma tiene 2 funciones en un solo instrumento. ¿Qué motivó hacer ese diseño? Sencillamente porque en la guerra hay que ser rápido y el resto de los médicos están muy ocupados. De esta forma el cirujano hace el punto y hace de ayudante también ya que también corta el hilo. Así un solo cirujano podía hacer las suturas sin distraer a nadie.

Gillies junto a Kilner, Mc Indoe y Mowlen, formaron lo que se dio en llamar en Inglaterra, *los cuatro grandes* y concurrían médicos de todo el mundo para aprender las nuevas técnicas de cirugía plástica. Turnes en el libro mencionado hace una semblanza muy detallada de cada uno de ellos.

**Tommy Kilner** (1890-1964) Nació en Inglaterra y participó de la Primera Guerra Mundial. Al fin de ella en 1919 conoce a Gillies con quien se introdujo en las técnicas de cirugía plástica, especialidad que continuó practicando hasta su retiro. Tuvo especial interés por la cirugía de niños y sobre todo por las malformaciones congénitas tales como la reconstrucción de la fisura de labio y las malformaciones de orejas.

**Sir Archibald Mc Indoe.** (1900-1960) nacido también en Nueva Zelanda y familiar de Gillies, obtuvo una Beca para trabajar en anatomía patológica en la Clínica Mayo de USA. Dado el gran manejo que tenía con los instrumentos quirúrgicos recibió una invitación para que se trasladara a Inglaterra a ejercer la cirugía. En 1930 se une a Gillies y se interesa en la Cirugía Plástica. Al ingresar a la Real Fuerza Aérea, RAF, participó de la 2ª. Guerra Mundial y tiene una destacada actuación al tratar a los aviadores heridos o quemados. Fue quien introdujo la técnica del baño salino para los quemados, luego de observar que los pilotos quemados que caían en el mar tenían mejor evolución que los que eran rescatados en tierra. En 1959 Guillermo H. Fossati además de visitar a Gillies, concurrió también al Servicio de Mc Indoe, que sin dudas influyó positivamente en Fossati, a quien admiraba por su

precisión y rapidez. Esa admiración lo llevó a escribir un artículo en la Revista de Cirugía Plástica del Uruguay, titulado “Recordando a Mc Indoe”

**Rainsford Mowlen** (1902-1986) Nacido en Nueva Zelanda, en sus comienzos practicó la cirugía general, se unió al trabajo que realizaban Gillies y Mc Indoe, dedicándose totalmente a la cirugía plástica desde entonces. Guillermo H. Fossati en su viaje también lo conoció pero decía de él que empleaba técnicas más conservadoras que los demás cirujanos. Se retiró temprano en desacuerdo con el nuevo Sistema de Seguridad Social implantado en Inglaterra.

**Varaztad Kazanjian** (1879-1974) de origen armenio, nació en Turquía y murió en USA; se graduó en la Escuela de Medicina Dental de Harvard en 1905. Se dedicó a la cirugía oral, y fue pionero en las técnicas de cirugía plástica. Fue profesor de cirugía oral, y fue más adelante nombrado como el primer profesor de cirugía plástica en la Harvard Medical School. Es co- autor del primer libro de texto de cirugía plástica en esa época. Recibió un reconocimiento por parte del Rey Jorge V de Inglaterra, lo mismo que de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica Reconstructiva. En Uruguay se empleó mucho, antes de la microcirugía, el llamado colgajo de Kazanjian para la reconstrucción del cuello y cara.



Varaztad Kazanjian

**Suzanne Noël**, (1879-1954) fue una de las primeras cirujanas plásticas de Francia. Comenzó a estudiar medicina luego de casarse con un médico mayor que ella, pero a quien quería ayudar. Noël se interesó por la cirugía estética cuando vio a una de las actrices más famosas de Francia regresar de un viaje muy rejuvenecida, se trataba de Sara Bernhardt. Frente a un espejo comenzó a pellizcar su piel en las zonas delante de sus orejas para saber qué efecto produciría si se quitara ese trozo de piel que tenía entre sus dedos. Durante la Primera Guerra Mundial se especializó en la cirugía Reparadora al tratar a los soldados que tenían sus caras desfiguradas por las cicatrices. Posteriormente abre una clínica en su domicilio donde desarrolló su famosa “pequeña operación” con la cual se retiraba piel sobrante de la cara y de los párpados. Más adelante pasó a una clínica privada más importante y dedicada a la cirugía estética e incursiona en la cirugía de las mamas, abdomen y brazos. Concomitantemente comenzó a defender los derechos de las mujeres y se convirtió en gran activista feminista. Fue reconocida con la Legión de Honor del Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia.



Suzanne Noël

## DESARROLLO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN LA REGIÓN

La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, lo mismo que la Sociedad Paraguaya se crea en 1952, mientras que la Sociedad Uruguaya a impulsos del Dr. Héctor Ardao se funda en 1957.

La Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica se fundó en 1940 y se amplió a Federación Ibero Latinoamericana en 1956.

Tempranamente dos cirujanos plásticos uruguayos iniciaron la vinculación con sus colegas de América Latina.. Ellos fueron Enrique

Apolo y Pedro Víctor Pedemonte, según consigna la actual Federación Íbero-Latinoamericana de Cirugía Plástica:<sup>9</sup>

*Un grupo pequeño pero selecto de cirujanos plásticos, asumieron la tarea de organizar la Sociedad de Cirugía Plástica Latinoamericana: los Dres. Oscar Ivannisovich, Lelio Zeno, Héctor Marino y Ernesto Malbec, de Argentina; Antonio Prudente, Rebello Neto y Linneu Silveira, de Brasil; Enrique Apolo y Pedro Pedemonte, de Uruguay; José Vélez Díez de Canseco de Perú; y Emilio Aldunate Phillips y Rafael Urzua Casas-Cordero, de Chile. La Sociedad fue constituida en Sao Paulo, Brasil en Julio, 1940.*

Unieron sus nombres a otros líderes de la especialidad, que tanta influencia tendrían en las décadas siguientes en la formación de los futuros cirujanos plásticos uruguayos, cuya actuación se destaca en estas páginas.

Con el tiempo y a fin de no tener necesidad de fundar nuevas Sociedades científicas, éstas ampliaron su nombre y la mayoría pasaron a llamarse Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.

Los estudios sobre la circulación arterial permitieron crear nuevos colgajos vascularizados. Los estudios sobre regeneración nerviosa mejoraron la cirugía de los nervios periféricos. Se realizan tratamientos multidisciplinarios sobre la cirugía de las malformaciones congénitas que han permitido mejorar los resultados y a su vez realizar cirugías antes nunca pensadas como son el tratamiento de las malformaciones cráneo faciales. Se crearon clínicas especializadas solamente para el tratamiento de los pacientes quemados. El advenimiento de la microcirugía vascular reparadora abrió fronteras quirúrgicas antes jamás sobrepasadas. Comenzaron los reimplantes y los trasplantes de tejidos. La cirugía de las patologías de la mano se ha transformado.

La cirugía estética avanzó en el camino de reducir las cicatrices al mínimo, de allí la denominación de cirugía mínimamente invasiva. Apareció la Medicina estética con la introducción de los rayos láser, luz pulsada, radiofrecuencia y sobre todo los *fillers*, o rellenos para el tratamiento de las arrugas. La toxina botulínica marcó un antes y un después para el tratamiento de ciertas arrugas faciales, sobre todo para las arrugas frontales y periorbitales.

9 <https://www.filacp.org/web/> historia de la FILACP (Consultada el 6.04.2021)

En 100 años desapareció para siempre el cirujano capaz de solucionar cualquier aspecto de la cirugía. Se pudo transitar así, desde la cirugía general a las especialidades quirúrgicas que alcanzaron mejores resultados.

## **UNA MIRADA HACIA EL FUTURO**

El dominio de la inmunología permitirá a la cirugía y sus especialidades realizar grandes avances en el tratamiento de numerosos pacientes. Uno de los autores (AI) tuvo la oportunidad de reunirse con el cirujano español, Pedro Cavadas quien fue el primero de su país y uno de los primeros en el mundo en realizar un trasplante de cara, desde una persona recién fallecida a un ser humano. Conformó un equipo multidisciplinario en el que participaron especialistas en microcirugía vascular reparadora, microcirugía nerviosa, cirujano plástico, y un grupo de médicos expertos en inmunidad. La cara a diferencia de los trasplantes de órganos, está compuesta por numerosos tejidos diferentes como piel, tejido adiposo, músculos, vasos, tendones y nervios. Cualquiera de ellos, pero sobre todo la piel, produce una reacción de rechazo del cuerpo de la persona receptora. Para reducir esa reacción hay que disminuir el sistema inmunitario, pero a la vez que permite permanecer al trasplante, hace que el paciente tampoco reaccione frente a gérmenes patógenos y se hace más propenso a las infecciones. Según el Prof. Cavadas su cirugía tuvo mucha difusión mediática lo que llevó que inmediatamente recibiera solicitudes de pacientes del mundo entero para realizar ese tipo de operación; por lo cual puede llegarse a la conclusión que hay una enorme cantidad de personas con enormes deformidades en la cara, ya sea por el tratamiento de tumores, quemaduras o traumatismos, a quienes la cirugía plástica no puede ayudarlos aún. La barrera de la inmunidad puede considerarse que se logrará resolver en breve.

Se deberá avanzar en la creación de piel y órganos sintéticos o prefabricados en animales. Aunque actualmente se puede producir piel a partir de pocas células extraídas de un paciente, por cultivo de tejidos, el procedimiento es muy lento y costoso.

Deberán dominarse las lesiones del sistema nervioso central, de la misma forma que se mejoran los resultados de las lesiones de los ner-

vios periféricos con la aparición de la microcirugía nerviosa. Se está investigando en todo el mundo cómo recuperar las lesiones medulares que cuando ocurren dejan parálisis definitivas invalidantes en los pacientes.

Como se sabe una célula de nuestro cuerpo colocada en un laboratorio en condiciones ideales de nutrición es prácticamente inmortal. De allí se deduce que si se logra que las células recibieran sus nutrientes de manera ideal, se alargaría su supervivencia y el fenómeno del envejecimiento se enlentecería.

La Humanidad está hoy más adelantada en conocimientos, que cuando en la India se inició el camino de la historia de la cirugía plástica. De todas formas hay que tener presente que de ese camino de miles de años, los mayores adelantos se hicieron en los últimos 150. Es en esos momentos en los cuales se comenzó con la asepsia, el conocimiento de los microbios, el descubrimiento de los antibióticos, el control de la alergia, la mejoría en los procedimientos anestésicos, y el dominio de las transfusiones. Todos estos descubrimientos permitieron a la cirugía plástica realizar operaciones más seguras y prolongadas.

Sin embargo, se constata permanentemente un hecho que interesa remarcar, **muchas personas piensan que los médicos y cirujanos tienen mayores conocimientos de los que realmente poseen.** Esta opinión muy generalizada quizás se basa en que los medios de comunicación constantemente informan de los adelantos de la Medicina.

## ¿CUÁNTO SABEMOS LOS MÉDICOS?

Nuestros conocimientos llegan hasta donde llegan los conocimientos en el momento actual; cuando se dice que determinado profesional “se mantiene al día” se quiere significar que conoce en su área de trabajo lo que se adquirió como saber actualmente en el resto del mundo. También se llama a esto estar en “la frontera del conocimiento”. Si bien llegamos a conocer la frontera, hay que tener en cuenta que esa frontera está en constante movimiento, por lo que las personas, al creer que lo sabemos todo, no tienen en cuenta que mañana se conocerá mucho más que hoy, lo mismo que en uno o 100 años más.

Queremos decir que los profesionales sabemos todo lo que se conoce al día de **hoy**, pero lo que se conoce hoy, es muy poco con respecto a lo que se conocerá en 100 años más. Ya planteamos todo lo que se resolverá en el futuro, sobre el tratamiento del cáncer, sobre la inmunidad, sobre los trasplantes de órganos, sobre el envejecimiento y, sobre todo, cuando pensamos que un virus, una expresión proteica carente de vida, pone en jaque a toda la humanidad, nos damos cuenta cuánto falta por aprender.

El camino del conocimiento recién ha comenzado.



## Capítulo 3

# HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN URUGUAY

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

Dividiremos la historia de la Cirugía Plástica en Uruguay en tres períodos: como eje central hemos colocado la fecha en la que la Especialidad fue reconocida por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, es decir, cuando se creó la Cátedra con su Equipo docente ya que allí comenzó la actividad curricular oficial y desde allí se comenzaron a expedir Diplomas de Especialista los que al ser homologados por el Ministerio de Salud Pública se pudo crear al fin, una lista de todos los cirujanos plásticos habilitados para ejercer la Especialidad en todo el territorio Nacional, esa lista oficial, puede ser consultada por cualquier persona a través de la página web del MSP.

La Especialidad fue reconocida en 1977, aunque posiblemente se trató de un reconocimiento algo tardío ya que la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay había sido fundada, veinte años antes, en 1957. Por lo tanto 20 años antes de que la Facultad de Medicina comenzara a expedir títulos oficiales ya existía un grupo de cirujanos que se consideraban cirujanos plásticos, los que contaban con el reconocimiento de

sus colegas, pero carecían del Título que los acreditara como tales y no tenían el reconocimiento de la Universidad de la República. Turnes en su libro sobre Ardao cita un Editorial de la Revista de Cirugía Plástica escrito por éste quien en 1966 escribía:

”Dentro de la Sociedad de Cirugía Plástica se vive la aspiración a la Cátedra de la Especialidad y de vez en cuando se perciben cálidas voces interesadas”.

Para continuar más adelante:

“En nuestro país existe un contraste muy notable entre el rápido desarrollo científico profesional y asistencial por una parte y por otra, la ausencia de enseñanza oficial.”

Se trata de la misma época, a fines de los años 60, en que un cirujano, el Prof. Eduardo C. Palma, pudo observarse en el Hospital Maciel realizar cirugías en las más diversas patologías, desde cirugías abdominales, hasta neurocirugías, pasando por el sistema vascular periférico. Que si bien ello demostraba grandes conocimientos y destreza quirúrgica, ese tipo de cirujano desaparecería para siempre con el advenimiento de un cúmulo enorme de conocimientos que no hicieron otra cosa que incentivar el surgimiento de nuevas Especialidades.

Fue un gran adelanto tanto científico como administrativo que la Facultad de Medicina ante el avance imparable de los conocimientos decidiera crear una Escuela para Médicos Graduados, e ir creando poco a poco las Cátedras con el personal docente necesario para que los médicos eligieran diferentes especialidades a quienes quisieran continuar con estudios de especialización del graduado, con el fin de obtener el Título de Especialista correspondiente. Desde el punto de vista científico fue un avance ya que se crearon programas de estudios y se estimaron los tiempos necesarios para cumplirlos. En el caso de la Cirugía Plástica incluía seis semestres de estudios obligatorios, a los que se agregaba, luego de aprobar los tres años, una monografía original, que una vez certificada permitía realizar una prueba final que permitía acceder al Título de Cirujano Plástico. Desde el punto de vista administrativo se logró tener una lista de los cirujanos plásticos autorizados para ejercer la especialidad. De esta forma se evita que alguien con conocimientos insuficientes pudiera autoproclamarse como especialista.

A fin de dar a conocer el constante aumento de los conocimientos y su diversificación es que al momento actual, la Escuela de Graduados ofrece cursos de 55 especialidades médico quirúrgicas diferentes. Dentro de los cometidos de dicha Escuela están, además de brindar cursos de especialidades, el de otorgar diplomaturas médicas, que actualmente son 15 de diferentes tipos, otorgar títulos de maestrías, brindar cursos de investigación biomédica, otorgar doctorados, y reconocer cursos de Desarrollo Profesional Médico Continuo. A su vez todas estas opciones están disponibles para médicos nacionales o extranjeros.

Para conocimiento del lector enumeramos una lista de las especialidades quirúrgicas que la Facultad brinda como cursos de especialización a los médicos: cirugía vascular, cirugía cardíaca, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, ginecología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, y urología.

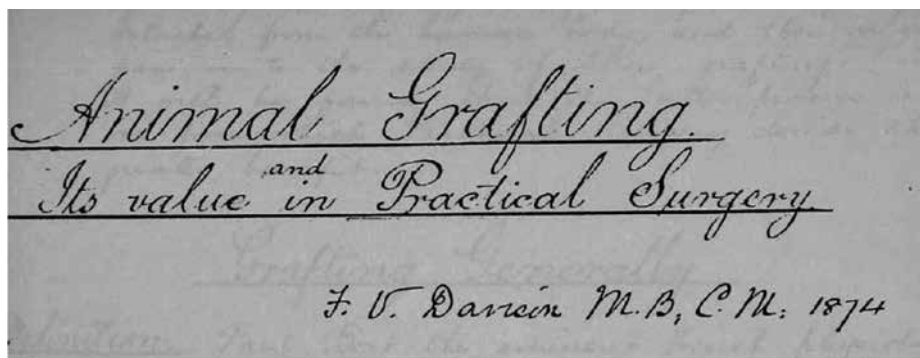
### **ALGUNOS HITOS EN EL ORIGEN DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN URUGUAY**

Siguiendo la línea del tiempo podemos rastrear algunos hechos y personas que fueron eslabonando el surgimiento de la Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética en el Uruguay. Los antecedentes se remontan al siglo XIX, con al menos tres tesis de médicos uruguayos, realizadas en Edimburgo, Génova y París, por médicos que luego ejercerían el resto de sus vidas en el Interior del País. En el siglo XX existieron contactos de médicos uruguayos con exponentes de la Cirugía Plástica Reconstructiva en Alemania, Francia e Inglaterra, algunos de los cuales recibieron entrenamiento con aquellas figuras proyectadas como los pioneros de la disciplina, particularmente con: Hyppolite Morestin, Victor Veau y Harold Gillies en Europa; con Oscar Ivanissevich y Lelio Zeno en Argentina. De ese origen son las raíces de nuestra Cirugía Plástica.

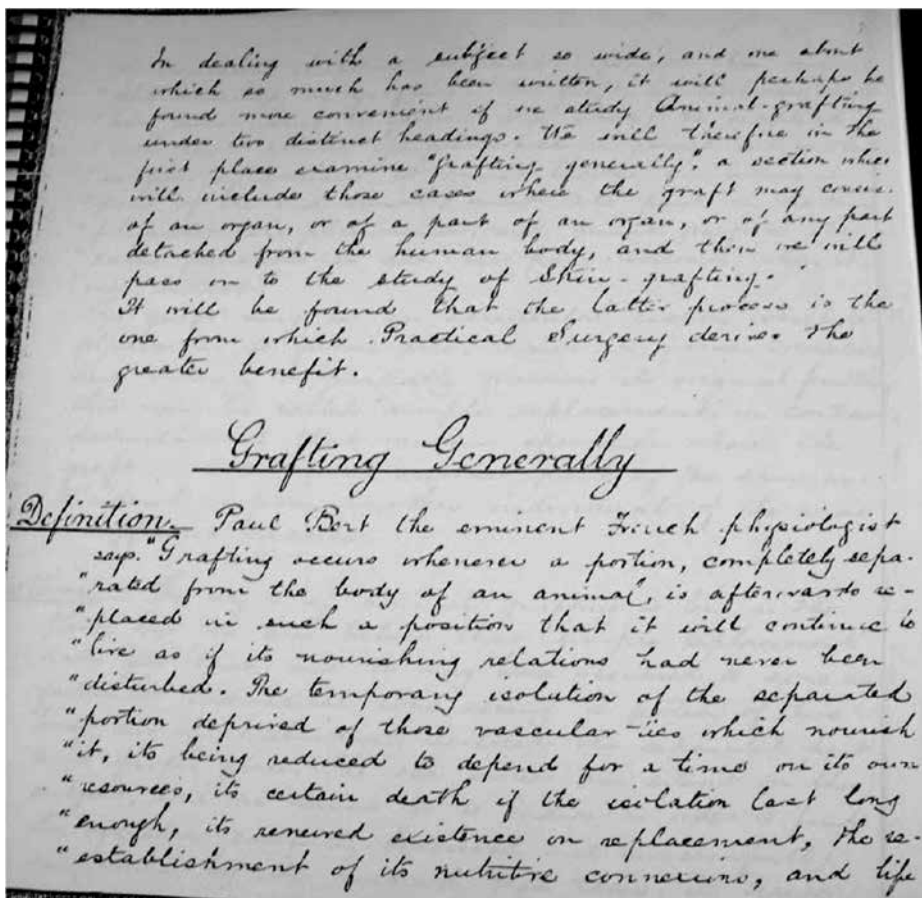
#### **FRANCISCO VARDY DAVISON (1853 – 1921)**

Debemos remontarnos a la segunda mitad del siglo XIX, para encontrar a un ciudadano uruguayo, nacido en Montevideo, educado y graduado como médico cirujano en la Universidad de Edimburgo,

que hizo su Tesis de Graduación allí en 1879 sobre *Animal Grafting and its value in practical surgery* [Injerto animal y su valor en la práctica quirúrgica]. Nos referimos a FRANCISCO VARDY DAVISON (1853 – 1921), cuya tesis y biografía puede consultarse hoy para conocer la experiencia personal que este médico alcanzó, así como las lecturas que dieron base a su estudio y el contacto con los grandes cirujanos de la época, tanto en Edimburgo como en París. Davison volvió a Uruguay y ejerció desde 1880 hasta su muerte como médico en Minas de Corrales, donde hoy la calle principal del pueblo lleva su nombre y se levanta un monumento a su memoria, realizado por el escultor José Belloni.<sup>10</sup> Davison es el antecedente más remoto que puede rastrearse en los inicios del contacto de la Medicina oriental con la Cirugía Plástica.



10 TURNES, Antonio L.: Francisco V. Davison (1853 – 1921). De Edimburgo a Minas de Corrales. Ediciones Granada, 2018. En <https://www.suhm.uy/wp/wp-content/uploads/2019/03/Francis-Vardy.pdf>



La tesis de Francis Vardy Davison nos aporta varios elementos, aunque no se trate de un aporte científico fundamental, sino de un ejercicio necesario para acceder al título de Doctor en Medicina.

En primer lugar, constituye una revisión interesante de la bibliografía y conceptos de la época, citando diversos autores, de distintas nacionalidades, que permiten conocer los experimentos que en materia de injertos se venían haciendo desde mediados del siglo XIX. Además de verificar que el autor disponía buena información histórica de referencia, que llegaba hasta las prácticas de rinoplastia en la India. Resulta verdaderamente extraordinario que para su época haya podido reunir tanta información sobre un aspecto relativamente novedoso en la medicina occidental, incorporando elementos valiosos para obtener un panorama de esa disciplina, tanto en aspectos experimentales como eventos clínicos. Desde los injertos de piel para cubrir superficies gra-

nulantes, hasta los injertos de córnea o conjuntiva, o el de pequeños parches en estampillas de piel para cubrir superficies cruentas, todos ellos pasan bajo el análisis de Davison, con transcripciones de sus fuentes y sus propios comentarios de lo vivido por él tanto en el Reino Unido como en Francia.

En segundo lugar, nos instala alguna duda sobre la fecha de la realización de la tesis, ya que aunque en su carátula fija la fecha de 1874, nos inclinamos a que la misma se relacione con la de ingreso a la Escuela de Medicina de la Universidad de Edimburgo, el que según registros oficiales fue en ese año. Esto por cuanto alguna de las publicaciones mencionadas en el trabajo es de 1875.

En tercer lugar, y esto es a nuestro juicio lo de mayor importancia para el presente estudio, nos aporta datos autobiográficos, de lo que estamos muy carentes para Davison.

En efecto, en las páginas finales de su trabajo, nos dice que:

Durante mi tiempo de estudiante en el Hospital Real de Edimburgo, y durante mi año de cirujano residente en el Hospital Real de Liverpool, vi muchos casos de injerto. En esas ocasiones, el cirujano residente invariablemente realizaba la operación y asumía personalmente la responsabilidad.

Este último invierno visité varios hospitales de París: La Charité, La Pitié y el Hôtel-Dieu. En las conferencias clínicas de Gosselin, Verneuil y Richet jamás oí mencionar los injertos de piel ni tampoco vi, en las salas de internación, personas que hubieran sufrido esa operación.

No se puede negar el valor del injerto de piel.

*¿Acaso no vemos todos los días una “pierna ulcerada”, la bête noire de todo cirujano? ¿Y no sucede a menudo que el tratamiento no va más allá de la medicación local? Y sin embargo se han publicado casos de úlceras de veinte años de evolución, resistentes a todos los tratamientos, que eventualmente han sido curadas por injertos; y sin duda todos los cirujanos de hospital que han probado este método han obtenido resultados similares.*

**¡Cómo ofenden la vista esas horrendas retracciones [que aparecen] después de las quemaduras extensas! ¡Y qué embarazosas deben ser para los desgraciados pacientes! Si la superficie de una pierna quemada está cubierta de granulaciones, y más particularmente, si la quemadura está cerca de una articulación, o bien en la garganta o el cuello, sobre la herida se debe plantar injertos de piel que acelerarán la cicatrización y disminuirán la retracción resultante.**

*Después de la extracción de un gran tumor, que deja una gran superficie que no tiene posibilidad de curar por primera intención, debe emplearse un injerto epidérmico. Y podríamos mencionar muchos casos más en que los injertos serían por lo menos útiles, si no obligatorios.*

*Aunque la operación no tenga éxito, tampoco interfiere con el progreso del caso; es simple y casi indolora, requiere poca o ninguna habilidad especial para su ejecución y, por encima de todo, las ventajas de su éxito son inestimables.*

Refiere a la literatura francesa existente sobre injertos experimentales y clínicos, así como el conocimiento de algunos de estos autores cuando hizo su estadía en París, antes de graduarse.

**En lo que hace a su persona,** nos confirma, por una parte, que estuvo concurriendo durante un año a la Royal Infirmary de Liverpool, y aunque no menciona en la tesis el año de su presencia en Liverpool, no podemos olvidar que era allí donde trabajaba al mismo tiempo la señora Ana o Hannah Packer, quien años después viajaría a Santa Ernestina, en el departamento de Tacuarembó, para contraer matrimonio con Davison. Difícil que tal ocurriera sin conocimiento previo, y tal vez con un intercambio de correspondencia previa al matrimonio que no nos ha llegado. Resulta entonces indudable que el estudiante Francis Vardy Davison y la señora Hannah [Packer] Carter compartieron el espacio y tiempo en Liverpool, en la Royal Infirmary, donde prestó servicios la señora Packer, luego de enviudar del Sr. Richard Carter. Cuyos detalles permanecen en el mayor misterio.

Pero por otra parte, fuera de su asistencia a las clínicas y hospitales del Reino Unido, tanto en Escocia como en Inglaterra, es destacable que Davison concurrió a los más importantes hospitales de París y pudo asistir a conferencias de los mencionados autores, importantes para la época, tal como él lo menciona, aunque señala que en esos servicios no pudo apreciar que se practicaran injertos a los pacientes.

**En lo relacionado con su formación profesional,** podemos advertir que sus conocimientos eran no meramente por lecturas de libros y revistas, sino por haber adquirido experiencia directa en el tratamiento de enfermos, durante sus prácticas hospitalarias.

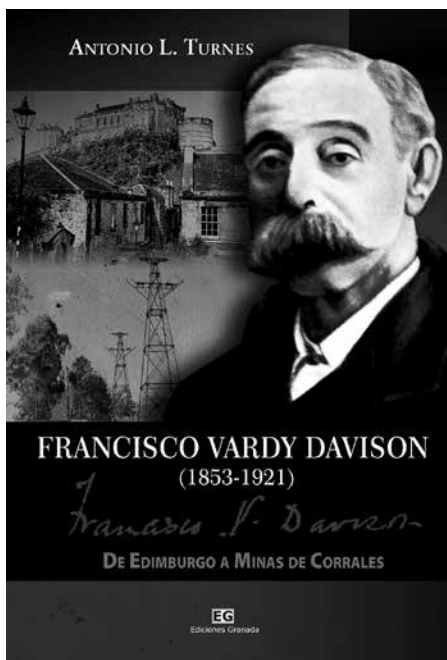
Esa experiencia le permite realizar consideraciones sobre la utilidad de los injertos en determinadas situaciones, como las úlceras tróficas, quemaduras y hacer referencias muy circunstanciadas a las cicatrices, cuando las superficies granulantes se dejan evolucionar sin la ayuda de injertos de piel.

Sus comentarios se extienden a la aplicación de la técnica para realizar reparaciones en los tegumentos luego de la extracción de tumores, lo que muchas décadas más tarde se conocería como la cirugía plástica reparadora.

Cuando se refiere a la evolución de las quemaduras en los miembros, nos muestra su reflexión tan clara sobre las cicatrices, tanto desde el punto

de vista estético, como en zonas de articulaciones y el beneficio que para su mejor evolución puede brindar la práctica de su cobertura con injertos:

¡Cómo ofenden la vista esas horribles retracciones [que aparecen] después de las quemaduras extensas! ¡Y qué embarazosas deben ser para los desgraciados pacientes! Si la superficie de una pierna quemada está cubierta de granulaciones, y más particularmente, si la quemadura está cerca de una articulación, o bien en la garganta o el cuello, sobre la herida se debe plantar injertos de piel que acelerarán la cicatrización y disminuirán la retracción resultante.



Sin duda, al referirse a la vinculación con las úlceras tróficas de las piernas, que veía con relativa frecuencia, son muy certeras sus agudas preguntas:

*¿Acaso no vemos todos los días una “pierna ulcerada”, la bête noire de todo cirujano? ¿Y no sucede a menudo que el tratamiento no va más allá de la medicación local?*

Sus comentarios tan razonables y acertados de inmediato las responden así:

Y sin embargo se han publicado casos de úlceras de veinte años de evolución, resistentes a todos los tratamientos, que eventualmente han sido curadas por injertos; y sin duda todos los cirujanos de hospital que han probado este método han obtenido resultados similares.

Confirmando una realidad que hasta hoy se puede verificar, y que se resuelve en la forma que Davison, con certera mirada, lo apunta.



¿Qué nos muestra la tesis y sus comentarios reflejando su experiencia personal?

La excelencia de la formación que poseía Davison en la época de su graduación. Lo cual podría abrigar la esperanza de que su trayectoria profesional podría alcanzar los horizontes que él se propusiera. Si llegaba al Uruguay por aquellos años de 1880, cuando nuestra Facultad de Medicina recién tenía cuatro años de funcionamiento y no había egresado todavía ningún médico, podría haber tenido una actividad importante en Montevideo y aún en la actividad docente de la propia Facultad.

En efecto, la Facultad había sido creada por decreto de diciembre de 1875 y sus primeras cátedras comenzaron a funcionar en 1876, alcanzando sus primeros egresados a finalizar sus estudios en 1883.

Recordemos que para la época los médicos que ejercían en el país, fundamentalmente en sus grandes centros poblados, eran extranjeros, fundamentalmente españoles, franceses e italianos, y en menor medida orientales formados en el exterior. De esa extracción fueron los primeros profesores de la Facultad.

\*\*\*

Dos uruguayos nacidos en Salto serían autores de sendas tesis en Europa años más tarde.

### **ATILIO CHIAZZARO (1862 – 1958)**

Se graduó en Italia y presentó su tesis en la Universidad de Génova sobre “*Rinoplastia total*”, la que publicada se conserva en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Montevideo. Realiza consideraciones sobre el progreso de la cirugía, destacando que tres son los fundamentos de la cirugía moderna: anestesia, hemostasis y asepsia. No deja de hacer notar “que algunos de



nuestros viejos cirujanos, creyéndose apoyados en una sana experiencia, han detenido el progreso de la cirugía operatoria entre nosotros, agotando en una estéril lucha de palabras nuestros juveniles ardores”. Luego revisa los distintos procedimientos clásicos de rinoplastia y se inclina por el “*método italiano*”, lo que da la oportunidad de elogio para la cirugía italiana. Atilio Chiazzaro volvió a Salto, donde trabajó como médico cirujano el resto de su vida, siendo homenajeado a su retiro por las principales figuras de la Medicina y Cirugía de la época.<sup>11</sup> No ha trascendido que haya realizado experiencias en nuestro país en el campo de la Cirugía Plástica.

### JOSÉ LINO AMORIM (1863 – 1929)

“*De la restauration de paupières par la greffe cutanée*” [Restauración de los párpados mediante injertos cutáneos], folleto de 52 páginas, impreso por la Imprimerie de la Faculté de Médecine Henri Jouve. El presidente de tesis fue el Prof. Panas. El tribunal que la juzgó estuvo integrado por el Prof. Le Fort y los Profesores Agregados Nélaton y Brun. Esta tesis analiza los antecedentes de injertos cutáneos, en especial a nivel de los párpados, y presenta 10 casos, dos de ellos personales, en los que la retracción palpebral es corregida con la implantación de injertos cutáneos de cara interna de antebrazo, con buenos resultados.



Graduado en París como Doctor en Medicina el 10 de julio de 1890, se le expidió el título correspondiente el 19 de agosto, revalidándolo en Montevideo el 27 de enero de 1891 e inscrito el 6 de marzo en el Consejo de Higiene Pública. Se radicó en Salto, donde conquistó la estima de la población, dedicándose casi en exclusividad a la radiología, siendo el primer radiólogo de aquel departamento.<sup>12</sup>

11 ABAL-OLIÚ, Alejandro: Atilio Chiazzaro (1862-1958). En: Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo II, pp. 139 – 146, Horacio Gutiérrez Blanco, Editor. Montevideo, 1989.

12 WILSON, Eduardo y WOZNIAK, Angélica: Radiología Diagnóstica en Uruguay. Una aproximación histórica. Sociedad de Radiología e Imagenología del Uruguay. Marzo 2020, 624 páginas; pp. 423-425.

*À mon cher ami et compatriote Le Docteur  
D. Louveira Souvenir d'études*

DE LA

*Amorin*

**RESTAURATION DES PAUVRES**

**ANEXO N° 5**

PAR LA GREFFE CUTANÉE

PAR

**José L. AMORIN**

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1890

## MANUEL ALBO CARBALLEIRA (1886 – 1935)

Había nacido en Xunqueira (Viveiro), en la Provincia de Lugo, Comunidad de Galicia, el 6 de mayo de 1886 y su tío paterno, Isidro Albo, que era comerciante en Santa Lucía, lo trajo al Uruguay en 1891, cuando Manuel había cumplido cinco años. Fue el primero que viajó recién graduado a Europa y Estados Unidos, con el ánimo de ampliar allí su formación quirúrgica. Desde 1912 ocupó uno de los cuatro cargos de Cirujano de Urgencia del Hospital Maciel,



integrando el famoso “Cuarteto de Urgencia” que integró junto a Garibaldi J. Devincenzi, José Iraola y Domingo Prat, que dieron inicio a una etapa fundamental del desarrollo de la Cirugía en Uruguay. En 1913 fue designado Profesor Agregado de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. En 1919 es designado para la titularidad de la Cátedra de Medicina Operatoria. En 1923 se crea la Cátedra de Cirugía Infantil y Ortopedia, que Albo ocupará en 1926 ganando el concurso respectivo. Viajará al Instituto Ortopédico Rizzoli, que dirigía Vittorio Putti, en Bolonia, Italia, en 1929 y 1931, preocupado por la formación traumatológica. Fue también diputado por el Partido Nacional en dos períodos, entre 1923 y 1931, con importantes jalones en su actividad parlamentaria, por la profundidad de sus conceptos y la vastedad de su conocimiento, que abarca aspectos de salud pública, investigación científica así como la organización de los institutos de la Facultad de Medicina, entre otros. En su primer viaje a París había tomado allí contacto con los grandes maestros HIPPOLYTE MORESTIN (1869 – 1919) y con VICTOR VEAU (1871 – 1949), interesándose por el desarrollo de la Cirugía Plástica Reconstructiva, la que sin embargo no desarrolló, ocupándose de otros grandes espacios en el desarrollo de la medicina oriental.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> NIN y SILVA, Julio: Manuel Albo (1886 – 1935). Em Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo I, 1988.

En el capítulo anterior se menciona que un médico ORL uruguayo estuvo trabajando cierto tiempo en Berlín con Jacques Joseph, considerado uno de los padres de la cirugía estética. Nos referimos al doctor Gilberto Regules, que habiéndose formado junto a Manuel Quintela (1865 – 1928), primer profesor de Otorrinolaringología y decano por cuatro períodos de la Facultad de Medicina de Montevideo. Gilberto Regules presentó un trabajo al Primer Congreso Médico Nacional en 1916, titulado *Cirugía estética nasal*, primer aporte nacional a la cirugía plástica y reconstructiva en Uruguay. Milton Rizzi nos ha dado noticia de esa incipiente vocación de médico uruguayo, a la vez que brinda referencia sobre las condiciones en que se realizaba la formación con aquel líder:

**GILBERTO REGULES (1923 – 1881)**, graduado en 1913, había concurrido al servicio de cirugía plástica del Dr. Jacques Joseph (1934 – 1865), de Berlín, donde había sido seleccionado para actuar como jefe de clínica honorario. Este trabajo era de dedicación total. Los asistentes de Joseph tenían cuatro horas libres los domingos de tarde. No había feriados, Año Nuevo o Navidad. Joseph, muy inteligente y de origen judío, fue el primero en cobrar los cursos de enseñanza de posgrado en Alemania. Este hecho había motivado fuertes críticas por parte de colegas. Estos cuestionamientos tenían, seguramente, más allá de indudables tenores racistas, un fondo de envidia, dado los asombrosos resultados posoperatorios de Joseph. Regules poco pudo disfrutar de este aprendizaje, porque falleció a los 35 años, víctima de la fiebre tifoidea.<sup>14</sup>

## TRES PERÍODOS EN EL DESARROLLO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL URUGUAY

En el plan de esta obra para exponer la Historia de la Cirugía Plástica en el Uruguay se incluye en el **primer período** a todos aquellos cirujanos que practicando la cirugía plástica en algunas ocasiones continuaron en forma paralela o preponderante con la práctica de sus cirugías habituales.

En el **segundo período** se ubica a todos aquellos cirujanos que comenzaron sus carreras ejerciendo algún tipo de cirugía o especialidad quirúrgica pero que una vez que comenzaron a ejercer la cirugía plásti-

---

<sup>14</sup> RIZZI-CASTRO, Milton: Historia de la enseñanza de la Otorrinolaringología en el Uruguay. Centenario de la fundación de la Cátedra de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina de Montevideo, 22 de octubre de 1900. *Rev Med Uruguay* 2000; 16: 174-192.

ca, continuaron con ella en forma exclusiva, abandonando totalmente su actividad anterior. Este grupo de transición está integrado por cirujanos plásticos que se sentían como tales pero carecían de un título oficial ya que no había ningún organismo que hiciera ese reconocimiento aunque ese grupo inicial tenía el reconocimiento de sus colegas.

A fin de llenar ese vacío fue la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay, lo mismo que otras sociedades científicas de la región, en vista del retraso que la Facultad registraba en esa materia, quien se adjudicó el poder para reconocer a los médicos los estudios realizados y de esa forma estar en condiciones para acceder al título de especialista. Para ello, la Sociedad en sus Estatutos establecía las condiciones que debía cumplir el aspirante para que se le otorgara el reconocimiento como especialista en cirugía plástica. Sin embargo muchos cirujanos que se consideraban especialistas no habían realizado el procedimiento propuesto por la Sociedad.

Por ello es que la Facultad de Medicina y la Escuela de Graduados tuvieron que asumir la tarea de encontrar un camino para reconocer a los más notorios y a su vez seleccionar entre los más jóvenes quienes estaban capacitados y quienes debían iniciar los cursos recientemente aprobados. Fue el reconocimiento de la competencia notoria y actuación documentada.

En el **tercer período** se ubica a todos aquellos cirujanos plásticos que a partir de 1977 realizaron, finalizaron los cursos oficiales y practicaron la Especialidad en forma exclusiva.

## **BREVE HISTORIA DE LA CIRUGÍA EN URUGUAY Y PRIMER PERÍODO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA**

Siempre se dijo que donde se desarrollaban las batallas, necesariamente tenía que haber cirujanos. Por ello nos parece interesante en este resumen de la Cirugía en el Uruguay hablar de los cirujanos que estaban presentes en nuestro período Artiguista de 1811 y sobre todo conocer cuáles eran los tipos de cirugías que se practicaban en esa época.

En ese período, alrededor de 1815 en Europa, Napoleón libraba sus batallas, y desde el punto de vista sanitario había nombrado a partir del 1800 a Dominique Jean Larrey, que con 29 años se transformó en

el Cirujano Jefe del Ejército. Larrey fue muy estudiado en Uruguay por Guaymirán Ríos Bruno. Antonio L. Turnes escribió un libro sobre este cirujano uruguayo con el nombre de: "El Chumbo Ríos, ética, coraje y humanidad"; de ese libro es que extraemos la cita sobre la actuación destacada de Larrey como cirujano, de quien se dice que fue el primer cirujano que ideó un sistema de emergencia móvil en su ejército. Este cirujano innovó en cuanto al tratamiento de los heridos de guerra en los campos de batallas, ya que tenía un sistema de transporte de los heridos en carros ambulancia, que en la medida que la batalla lo permitía, ingresaban de urgencia en el campo de batalla recogiendo los heridos. A su vez había implantado el uso del *triage*, palabra tan usada actualmente; allí el cirujano clasificaba a los heridos según el tipo de tratamiento que debería realizarse, la gravedad de sus heridas y su pronóstico vital. El concepto incluía la novedad de realizar un tratamiento temprano de los heridos cambiando el anterior tipo de atención médica con el cual los heridos quedaban tendidos en los campos de batalla y al otro día o después de varios días recién ingresaba el equipo sanitario.

El tratamiento quirúrgico básico estaba planeado como para retirar todos los objetos extraños que tuvieran las heridas, proyectiles o metralla, restos de ropa, suciedades del campo, etc., así como reseca todos los tejidos corporales que estaban desvitalizados y desprendidos. En los casos en que la herida fuera en los miembros y llegara a lesionar los huesos o los vasos se realizaba inmediatamente la amputación del miembro. Se dice que Larrey era uno de los cirujanos más veloces para realizar amputaciones, según Guillermo H. Fossati, podía realizar una amputación en menos de un minuto. Es importante recordar que tanto la anestesia, la asepsia, los antibióticos y las transfusiones de sangre no existían en ese entonces y todo ello comenzó a desarrollarse a partir de 1850 en adelante, pero teniendo en cuenta que recién se comenzaron a utilizar con seguridad para el paciente, a partir de 1900. Era una cirugía de guerra en extremo heroica. Al no existir anestesia los cirujanos debían ser sumamente rápidos, y ese concepto llegó hasta la época en la cual los autores como estudiantes, aún en 1970 vieron en Uruguay actuar a cirujanos que entendían como una gran virtud ser rápidos en sus cirugías y se vanagloriaban por ello. El lema de estos cirujanos era "rápido, veloz y astuto". Ese concepto quedó también perimido totalmente, ya que el mejor cirujano es quien hace su trabajo

en forma eficiente y reglada, con limpieza, hemostasis y seguridad. El Dr. Juri, un destacado cirujano plástico de Buenos Aires siempre decía:

“el cirujano más rápido es quien no hace las cosas dos veces, avanza correctamente, es seguro y no tiene necesidad de volver atrás.”

En nuestra época artiguista, contemporánea a la analizada anteriormente, los estudiosos le hacen un gran reconocimiento a la actuación de nuestro Prócer, ya que la organización sanitaria que había planeado Artigas en 1811 y los siguientes años, era tan buena, que fue similar o mejor a las planeadas casi 100 años después con motivo de las batallas de 1897 y 1904.

El cirujano mayor del ejército de Artigas era el Dr. Cornelio Spielman, originario de Hamburgo, donde había cursado los estudios y se había graduado. Spielman fue uno de los médicos que le permaneció constantemente fiel a Artigas y llegó a ser el Jefe sanitario que estuvo en el Cerrito. Fue el Jefe de cirugía en la batalla de Las Piedras, secundado por un cirujano inglés, el Dr. Alem. La organización sanitaria había decidido que cuando el ejército estaba en movimiento los heridos se trasportaban en la retaguardia en carretones que podían transportar hasta seis camillas; los heridos a su vez se iban dejando en los centros poblados donde hubieran médicos o practicantes, que en aquel tiempo eran escasísimos.

Las heridas de guerra que recibían nuestros soldados hasta 1870, época del inicio de la “Revolución de las Lanzas”, eran algo diferentes a las que sufrían los soldados en Europa. Aquí la mayoría de las heridas fueron cortantes y profundas, producidas por lanzas, o espadas. En cuanto a las heridas por arma de fuego se trataba de armas de grueso calibre pero de baja velocidad. A partir de allí y hasta el fin del siglo XIX, lo mismo que a comienzos del siglo siguiente, las armas de fuego fueron evolucionando, para pasar a ser armas de menor calibre pero de mayor velocidad y alcance, tal como resultaron ser los nuevos fusiles Máuser, y desde allí también aparecieron en mayor cantidad los heridos por balas de cañón. El fusil Máuser, fue creado en 1898 en Alemania, tenía como novedad que incluía un peine que portaba 5 tiros; fue usado en la Primera Guerra Mundial y en nuestra región en las batallas de la Guerra del Chaco, mientras que en Uruguay se utilizó en



las batallas de 1904. Al tener varios tiros, se descartó definitivamente la bayoneta, y este fusil es famoso en Uruguay ya que uno de ellos fue el que le produjo la herida de bala que terminó con la vida del caudillo Aparicio Saravia en la batalla de Masoller, registrada en Rivera el 1º de setiembre de 1904, falleciendo diez días más tarde.

Los cirujanos tenían los mismos conceptos que venían desde Europa, los cuales aconsejaban que en las heridas de miembros que interesaran los huesos y los vasos medianos o grandes, se realizara la amputación con el fin de evitar las infecciones o el tétanos. En tanto que las heridas de bala penetrantes de abdomen, no se intervenían quirúrgicamente, según han descrito Raúl C. Praderi y Luis Bergalli.

Entre 1830 y 1867 la cirugía militar era dirigida por el Dr. Fermín Ferreira (1803 – 1867), quien era oriundo de Bahía, Brasil, pero sus estudios los había realizado en Buenos Aires, donde se graduó. En 1830 dirigía la cirugía de las salas del Hospital de Caridad, luego denominado Hospital Maciel, y en 1844 fue nombrado Cirujano Mayor del Ejército.

Un poco posterior a esta época debe destacarse a un cirujano que fue muy importante para el Uruguay y en su honor hay una placa que luce en el Hospital Maciel. Se trató del Dr. José Pugnalin. Nacido de Venecia en 1840, se había graduado en Bologna en 1861. Se alistó en la Marina y en uno de sus tantos viajes decidió desembarcar en Uruguay. Aquí revalidó su título, y luego de ejercer en Tacuarembó y con el trabajo realizado en las Salas quirúrgicas del Hospital de Caridad, la Facultad de Medicina lo designa su primer profesor de Clínica Quirúrgica entre 1880 y 1899, siendo también designado Decano de la Facultad, cargo que ejerció entre 1882 y 1883.

La creación de la Facultad de Medicina data de esos años. A instancias del Rector de la Universidad Plácido Ellauri (1815-1893), con fecha del 15 de Diciembre de 1875 el Poder Ejecutivo decreta la creación de las Cátedras de Anatomía y Fisiología, las que comenzaron a dictar cursos a partir de Junio de 1876.

En esa época, como ya fue comentado, aparecieron los primeros trabajos sobre Cirugía Plástica escritos por un estudiante uruguayo. Se trataba de Francisco Vardy Davison (1853-1921), oriundo Montevideo y criado en Florida, a quien llegamos a conocer gracias a los trabajos

realizados por Turnes, y publicados en el libro: "Francisco Davison, de Edimburgo a Minas de Corrales".<sup>15</sup> En dicho libro aparece la tesis de doctorado escrita en inglés por Davison en 1879 y traducida al español en 2018 por la Dra. Raquel Domínguez Domínguez. La tesis habla sobre los injertos de piel en animales, y su valor en la práctica quirúrgica, "*Animal grafting and its value in practical surgery.*" Recordemos que los primeros injertos de piel en seres humanos, comenzaron a realizarse en 1869. El Dr. Davison hace una puesta al día de los diferentes tipos de injertos y los experimentos que se realizaban con piel de animales a fin de corroborar si ello era posible. En la tesis de Davison se puede leer cómo Reverdin explica con claridad el procedimiento para realizar su "*pinch graft*".

Hoy sabemos que hasta el momento actual el único injerto de piel posible es el **autoinjerto**, es decir de piel tomada del propio cuerpo el paciente.

Es muy interesante recordar que a mediados de los años 1950 Sir Harold Gillies, uno de los padres de la Cirugía Plástica moderna, visitó Montevideo, haciendo una demostración quirúrgica en el Hospital Británico. Para ello seleccionó como demostración la realización de un injerto de piel, lo que derivó en una muy linda anécdota sobre su presencia en Uruguay y que se trasmite en el capítulo escrito sobre ese Hospital; pero además pone de manifiesto que los adelantos científicos tomaban décadas en difundirse.

El Dr. Davison se graduó en 1879 en Escocia, University of Edimburg, y revalidó su título en Uruguay en 1880. Dicha Universidad era la misma donde Lister dictaba clases, quien fuera reconocido por ser el impulsor de la asepsia en los procedimientos quirúrgicos, aunque no sabemos si Davison a su regreso implementó esos conceptos en su práctica médica. Hay que resaltar que Davison fue un destacado médico cirujano del Interior profundo del Uruguay, donde practicó miles de procedimientos y con su esposa de origen inglés, asistieron a innumerables partos. Además está documentada su actuación como médico durante la revolución Nacionalista de 1897. En el mes de mayo de dicho año se produjo la Batalla de Tres Árboles, a la que continuó

---

15 TURNES, Antonio L.: Francisco V. Davison (1853 – 1921). De Edimburgo a Minas de Corrales. Ediciones Granada, 2018. Em <https://www.suhm.uy/wp/wp-content/uploads/2019/03/Francis-Vardy.pdf>

el enfrentamiento en Cerros Blancos. En Minas de Corrales se habían dispuesto dos casas para asistir a los heridos, a las que se llamaban “hospitales de sangre”, Davison recorrió en su sulky 167 Km, desde Minas de Corrales para asistir a los heridos. Debe destacarse aquí que a diferencia de lo que preconizaba Larrey a propósito de un tratamiento casi de urgencia a los heridos en las batallas de Napoleón, aquí los heridos permanecían caídos a veces por días en los campos de batalla hasta que llegara el auxilio sanitario. Aún así en Minas de Corrales llegaron a recibir 75 heridos. Los heridos que dependían del ejército de Aparicio Saravia tenían sus Hospitales de sangre en Cuchilla Seca dentro del territorio de Brasil. A pesar de la ferocidad de las batallas y de innumerables historias acerca del accionar de los soldados, siempre se llegó a decir que los equipos sanitarios que llegaban al otro día o varios días después al campo de batalla asistían indistintamente a los heridos sin distinguir al bando a que pertenecían. Conducta que ya había preconizado Larrey.

Dentro de la Cirugía Plástica debe mencionarse al Dr. Atilio Chiazaro (1862-1958) médico cirujano que ejerció en Salto, quien presentó en Génova en 1887, una tesis de doctorado a la que denominó “Rinoplastia total”. Por otra parte el Dr. José Lino Amorim (1863-1929) quien ejerció también en Salto como médico radiólogo, presentó en París en 1890 una tesis a la que denominó “Restauración de los párpados mediante injertos cutáneos”.

A quien se reconoce que introdujo la antisepsia de Lister en Uruguay fue al mencionado cirujano italiano José Pugnalin; él mismo se encargó de hacer traer las primeras estufas llamadas *Pupinel*, para esterilizar instrumentos por calor seco y el primer **autoclave**, un esterilizador que trabaja con vapor a altas temperaturas, que se emplea para esterilizar la ropa quirúrgica. Pugnalin tuvo tanta influencia en la cirugía del Uruguay ya que además de incorporar estos adelantos, junto con el Dr. Spada, en 1875 realizaron con total éxito la extirpación de un gran quiste de ovario, dando origen a una escuela quirúrgica que supo tener muy buenos discípulos.

A continuación haremos un resumen de los grandes adelantos que permitieron lentamente hacer un cambio en el tipo de tratamientos, ampliando las posibilidades quirúrgicas y permitiendo realizar in-

tervenciones antes nunca practicadas y a la vez obteniendo también mejores resultados postoperatorios.

1846 Comienza la anestesia por inhalación, la que fue perfeccionándose con los años e incorporando médicos para su realización. Ver el capítulo dedicado a este tema.

1867 Lister comunica sus estudios sobre la antisepsia. Insiste con el lavado de manos de los cirujanos previo a las cirugías, hecho que ya había preconizado en 1847 en Viena el húngaro Ignaz Semmelweis, a propósito de la fiebre puerperal. Lister demuestra que operando a los pacientes con instrumentos desinfectados los resultados postoperatorios mejoran ya que se baja el número de pacientes con infecciones.

1887 Se llega al concepto de **asepsia**, se comienzan a utilizar túnicas estériles, aunque esas túnicas eran colocadas sobre la ropa de calle con la que se vestía el cirujano. Se insiste con el lavado de las manos.

1894 Halsted en USA, introduce el uso de los guantes de caucho y luego látex, que son esterilizados

1897 Berger, introduce el uso del tapabocas; a la vez que se comienzan a utilizar equipos quirúrgicos para vestir a los cirujanos una vez que se retiran sus ropas de calle.

En esa época aparecen los primeros cirujanos uruguayos discípulos de Pugnalin que fueron los Dres. Alfonso Lamas, Arturo Lussich, Luis P. Mondino y Luis P. Bottaro. Más adelante se les uniría Alfredo Navarro, que había estudiado y graduado en París en 1894.

Varios de estos cirujanos tendrían participación relevante en la Revolución, llevada adelante por Aparicio Saravia en 1904.

Durante el transcurso de esa revolución, el Jefe Aparicio Saravia recibe una herida por arma de fuego en el abdomen, y debemos comparar la conducta llevada adelante por nuestros cirujanos con la de los cirujanos de otros países. En 1900 tanto en Alemania como en USA, frente a una herida por arma de fuego en el abdomen, la actitud tomada por los cirujanos era intervencionista, es decir que se operaba al herido, aunque la evolución generalmente era hacia la muerte. En Francia, que era la cuna de los conocimientos que se tenían en Uruguay, frente a este tipo de heridas NO operaban a los heridos. Un cirujano

Inglés llegó a decir: "En esta guerra un hombre herido en el abdomen muere si es operado y permanece vivo si es dejado en paz".

En la revolución de 1904 actuaban en las filas de Aparicio Saravia como cirujanos los Dres. Arturo Lussich, y Juan B. Morelli, bajo la dirección del Prof. Alfonso Lamas. En filas coloradas el Jefe de Cirugía era el Dr. Alberto Eirale, secundado por el Dr. Luis Mondino. Como dijimos Aparicio Saravia es herido en el abdomen, en la batalla de Masoller por un disparo de un fusil Máuser. El Dr. Alejo Martínez y el practicante Trotta, que nunca se había recibido de médico aunque siendo ya mayor actuaba casi como tal, colocaron al herido sobre un poncho y lo trasladan unos 20 km, pasando la frontera con Brasil. Concurrió a revisarlo el Dr. Arturo Lussich quien pidió una consulta con su amigo de clínica el Dr. Luis Mondino que estaba actuando en las filas contrarias, en el Ejército Colorado. Mondino accede a la solicitud, en un gesto ético que lo enaltece, concurriendo sin custodia a filas enemigas para atender la consulta del colega. Durante el examen se constató la herida por arma de fuego que interesaba el intestino delgado y presumiblemente el riñón. En la interconsulta se llegó a la conclusión que se trataba de una herida mortal. Como dijimos anteriormente ese tipo de heridas en esa época no se operaba en Uruguay ni tampoco en la mayoría de los países del mundo. Lo que actualmente sería una herida frecuente de operar y con grandes posibilidades de sobrevida en aquel momento llevó a la muerte del caudillo.

En ese entonces ya habían en Uruguay dos clínicas quirúrgicas, en una el Profesor era Alfonso Lamas, secundado por Luis Mondino, mientras que en la segunda el Profesor era Alfredo Navarro, quien había obtenido gran renombre en Uruguay, ya que en un concurso realizado en París para cargos de Interno de los Hospitales y frente a cientos de médicos franceses que pugnaban por esos cargos, Navarro logró el segundo lugar. Cuando regresó a Montevideo se lo nombró como Profesor de Cirugía cargo que desempeñó hasta 1945. Entre los pacientes de mayor renombre asistidos por el Prof. Navarro se encontraba el entonces Presidente de la República, Julio Herrera y Obes, quien atendido por numerosos médicos, finalmente termina por llamar a Navarro, el que aún con la negativa de los médicos, hace un drenaje de un absceso inguinal mejorando al enfermo. Navarro introdujo el uso de guantes quirúrgicos estériles en su clínica. Debe recordarse a Guillermo

H. Fossati quien siempre comentaba que en algunas ocasiones había visto a Héctor Ardao operar, previo lavado de manos, sin utilizar guantes quirúrgicos, mientras que quien Irigaray durante su pasantía por Rosario, Argentina, presencié varias veces la realización de cirugías sin la utilización de guantes.

A manera de recuerdos históricos de nuestra cirugía, ya que en este recuerdo está presente el Profesor Ardao, es de interés mencionar que, el Profesor Alfonso Lamas era Blanco y además en esos momentos presidía el Directorio del Partido Nacional. Era amigo personal de José Batlle y Ordóñez ya que lo había operado de una hernia inguinal, pero era contra quien se había levantado Aparicio Saravia en 1904. Lamas se une a las filas Nacionalistas y Batlle lo destituye del cargo de cirujano que ejercía en el Hospital de Caridad. Al finalizar la guerra el Profesor Navarro que era Colorado, le solicitó a Batlle para que reintegrara a Lamas a su cargo en el Hospital, ante una negativa inicial finalmente accede al pedido y Lamas continuó como Profesor hasta 1935.

Héctor Ardao, nuestro primer Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora, relata que cuando le tocó presidir el Primer Congreso Uruguayo de Cirugía en 1950, decide invitar personalmente a Alfonso Lamas para que en el acto inaugural estuviera en el estrado sentado junto al Presidente de la República que se trataba de otro Batlle, era Luis Batlle Berres que dada la trascendencia de ese Congreso había aceptado la invitación. Sin embargo llegado el día, todos los invitados estaban presentes faltando sólo el Presidente de la República que estaba algo retrasado; ante esa situación Lamas se apersona al Dr. Héctor Ardao y, diciéndole “un Lamas nunca espera a un Batlle”, se retiró del acto.

Las intervenciones quirúrgicas que se podrían catalogar como de cirugía plástica se realizaron en Uruguay desde la época que estamos hablando; como ejemplo baste decir que en el Libro Operatorio de la Clínica del Prof. Navarro, del hospital Maciel en el año 1901, se puede leer:

12 de Marzo Epitelioma de labio inferior, Resección y plastia con piel de la región de los carrillos, Alta.

14 de Abril Epitelioma de mejilla, Alta; 2 de abril epitelioma de lengua, se considera inoperable; 7 de Abril Sinovitis tuberculosa del flexor del pulgar, tiene tuberculosis pulmonar, sin tratamiento; 29 de Abril Herida penetrante de muslo Alta.

Para el lector debe explicarse, que cuando se dice epiteloma se trata de una tumoración cancerosa tipo carcinoma, aunque actualmente se diferencian varios tipos de carcinomas de piel o labios, así como aparecen enfermedades que quizás muchos cirujanos plásticos actuales, jamás asistieron a ningún paciente, como la enfermedad tuberculosa en la vaina de los tendones. Tampoco se conoce los nombres de los cirujanos, ni el tipo de anestesia que se realizó.

En el libro de cirugía del Hospital Británico de 1904, se puede leer: Herida de bala del paladar en un paciente, y branquioma del cuello en otro. Hasta estos momentos los cirujanos podían interesarse por la cirugía plástica para asistir correctamente a sus pacientes pero sin tener intención de continuar con esa especialidad que aún no existía.

Los primeros registros de operaciones de cirugía plástica realizados por un cirujano al que expresamente le derivaban los pacientes con ese fin están en la actividad que se desarrolló en la Sala 11 del Hospital Pasteur.

En 1935 al regreso de un viaje a Bolonia que realizaron los Dres. José L. Bado y Domingo Vázquez Rolfi, comenzaron a trabajar en lo que se habían ido a especializar a Italia que era la Traumatología y Ortopedia. Esa sala dependía de la Clínica Quirúrgica cuyo Profesor Director era el Dr. Eduardo Blanco Acevedo, pero a la que le hizo poner un cartel que decía: “Clínica quirúrgica del Prof. Blanco Acevedo, Servicio de Traumatología Jefe J. L. Bado”, creando de esa forma lo que se considera el primer Servicio de Traumatología en el Uruguay. En 1940, en un llamado a concurso, obtuvieron 3 cargos en forma interina los Dres. Ricardo Caritat, Pedro Víctor Pedemonte y Hebert Cagnoli, quienes se unieron a Bado y Vázquez Rolfi. Las lesiones de partes blandas, que requerían suturas, curaciones e injertos fueron tratadas casi exclusivamente por el Dr. Pedemonte, quien fue adquiriendo conocimientos de cirugía plástica.

Fossati nombra también a un cirujano de origen Alemán que ante la anuencia del Prof. Carlos Stajano, comienza a operar en su Servicio del Hospital Pasteur, en 1938, se trataba del Dr. Fernando Schreiber, quien se decía ser alumno de Lexer, y a su vez ya en Uruguay, tenía como ayudante al Dr. José Pedro Cibils Puig.

El Dr. Óscar Ivanissevich, gran maestro argentino, invitado por Blanco Acevedo vino al Servicio del Hospital Pasteur, y durante un mes realizó demostraciones quirúrgicas y dictó conferencias, algunas de las cuales se ofrecieron en el Hospital Maciel. El Dr. Pedemonte concurrente a ese servicio, así como los Cirujanos José Suárez Meléndez, Máximo Karlen y Rafael García Capurro, se acercaron al Maestro a recibir sus enseñanzas y quienes se entusiasmaron sobremanera con la cirugía plástica fueron García Capurro y Pedemonte. Ambos concurren a Buenos Aires para continuar interiorizándose de esta especialidad. El Dr. García Capurro continuó realizando este tipo de cirugía, aunque su labor más importante era la de Cirugía General en el Hospital Británico, mientras que la influencia argentina en Pedemonte fue muy importante, ya que a su regreso se transformó en uno de los primeros cirujanos uruguayos en realizar operaciones de cirugía estética, como plastias de nariz y orejas. Sin embargo Pedemonte nunca se decidió a realizar exclusivamente cirugía plástica ya que paralelamente continuaba con sus tareas de traumatólogo.

Cuando el Servicio de Traumatología se trasladó en 1941 al nuevo edificio de la calle Las Heras y Av. Italia, Pedemonte, continuó allí sus tareas. Más adelante volveremos hablar del Dr. Pedemonte ya que sin duda fue uno de los pioneros en realizar operaciones de cirugía plástica y dictó el primer curso de Cirugía Plástica en 1940 en el Hospital Pasteur.

Casi contemporáneo con estas fechas, en medio de la Segunda Guerra Mundial, el Dr. Héctor Ardao, viajó a Inglaterra a realizar una pasantía al Servicio de Sir Harold Gillies en Londres, quien había adquirido renombre mundial como cirujano plástico reparador, al tratar a los heridos de la Guerra.

Al regreso Ardao trae los conocimientos, los instrumentos y el entusiasmo suficiente como para enseñar y practicar la cirugía plástica en Uruguay. El Dr. Ardao tuvo mucha mayor influencia en el desarrollo de la cirugía plástica que la del Dr. Víctor Pedemonte, quien como vimos lo precedió. Pero estamos totalmente de acuerdo con el Dr. Turnes quien en su libro lo denomina como “Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora del Uruguay”



Ardao había traído consigo en 1945, desde Londres, una de las cuchillas primitivas utilizadas para la toma de injertos de espesor parcial de piel, que la familia le obsequió a Turnes luego de su publicación.

La cuchilla fue por mucho tiempo el símbolo del cirujano plástico, quien se preciara de tal, debía tener su cuchilla propia, aún en los comienzos del Dr. Irigaray en 1974, esa idea continuaba firme, ya que en la mayoría de las instituciones mutuales no existían y era el cirujano plástico quien la debía portar consigo.

Ardao estaba orgulloso de su cuchilla ya que siempre decía que “Estaba construida con el acero de las rejas de Londres”. Esa cuchilla de la primera generación se trataba de un cuchillo con un buen mango, con una hoja recta de unos 20 cm de largo. Era necesario afilarla y asentarla cada vez que se usara. Recordemos que 3000 años AC se logró fundir el hierro. Hacia el siglo XIV, recién se comienzan a realizar aleaciones de hierro con otros minerales; logrando de la aleación con el carbono obtener el acero, siendo los primeros aceros obtenidos de crisol por 1740 en Sheffield, Inglaterra. Más adelante se hicieron aleaciones con cromo, creando el acero inoxidable. También se usaron níquel, grafito, titanio, cobalto, etc. El llamado acero quirúrgico se creó a fin de evitar reacciones alérgicas en los pacientes. Al ser una cuchilla tan sencilla el lector comprenderá que la piel debe estar muy tensa, la cuchilla muy afilada y el pulso del cirujano muy firme, como para extraer una cinta de unos 5 cms de ancho por 10 de cm de largo y 2 mm de espesor, todo sin producir un corte profundo en la piel. Esos injertos se toman normalmente de la piel del muslo. Ese tipo de cuchilla se fue modificando; Finochietto en Buenos Aires, y otros cirujanos en USA y Europa, crearon modelos de cuchillas graduables ya que el cirujano puede elegir los milímetros de espesor que desea, a la vez que las hojas de la cuchilla son descartables por lo que en cada paciente se usa una hoja nueva que ya viene estéril y por lo tanto no requiere ser afilada. Padgett creó a su vez un dermatomo algo más complejo, con el cual se pueden extraer injertos de la región glútea para evitar algunas cicatrices en los muslos.

Ardao por Decreto Ministerial es nombrado Jefe Interino del Servicio de Cirugía Plástica en 1945, pero recién comienza su actividad el 1° de marzo de 1946, situándose en el Instituto de Radiología, hoy llamado Instituto Nacional del Cáncer, (INCA); allí comienza rodea-

do de quienes serían los futuros docentes y Jefes de Servicio de la Especialidad.

A lo largo de este trabajo se remarcarán todas las ideas que llevó adelante Ardao para impulsar la cirugía plástica que estaba comenzando a desprenderse de la cirugía general como una especialidad independiente. Enseñó las técnicas de cirugía plástica desde el Instituto de Radiología en el área del MSP, desde la Facultad de Medicina, enseñó cuando fue Profesor Director de la Clínica Quirúrgica F, piso 7 del Hospital de Clínicas, y desde el Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado.

Fue el impulsor y fundador de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay en 1957, y colaboró en la redacción de sus primeros Estatutos. Impulsó la creación de la Revista de Cirugía Plástica del Uruguay, colaborando con ella al escribir numerosos Editoriales.

Ideó, planificó y llevó adelante la construcción del primer Servicio de Cirugía Plástica, dedicado exclusivamente a la Especialidad erigido en el Hospital Pasteur, pero **no lo inauguró y nunca lo dirigió** ya que en la época que ello sucedía Ardao estaba actuando como Profesor Director de la Cátedra de Cirugía del piso 9 del Hospital de Clínicas, como analizaremos más adelante.

Concurrió y expuso sus trabajos científicos en numerosísimos Congresos Regionales e Internacionales. Por toda esta incansable tarea el Dr. Turnes, como se dijo, lo denominó en su libro mencionado como Maestro de la Cirugía Reparadora en el Uruguay. Sin embargo su actuación académica la finalizó en el cargo de Profesor de Clínica Quirúrgica. Hemos colocado al Dr. Ardao en el escalón preferencial de este primer período que estamos analizando, ya que si bien ejerció con brillo la Cirugía Plástica no se dedicó exclusivamente a ella. Este mismo escalón lo ocupa su hermano Rúben Ardao, quien también fue Fundador de la Sociedad de Cirugía Plástica y ejerció esta especialidad en el Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado, pero su vida académica la finalizó ejerciendo cargos docentes como cirujano general.

Ambos hermanos Ardao compartían la idea que la especialidad de cirugía plástica u otra especialidad quirúrgica, debería comenzar a cur-

sarse, luego de haber realizado al menos tres años como cirujano general.

**Rafael García Capurro.** A nuestro entender tiene un lugar de privilegio como integrante de este período. El Dr. García Capurro, como se ha mencionado, se interesó constantemente por la especialidad desde su época de estudiante, concurriendo para su aprendizaje tanto a Servicios nacionales como del Exterior. Concurrió junto con el Dr. Ardao, que lo había hecho en 1940, al Servicio que Lelio Zeno dirigía en Rosario, Argentina. Pensamos que este interés derivaba de su intención de brindar una buena asistencia al paciente que lo requiriera pero no con el fin de ejercer esta especialidad en forma exclusiva, ya que fue un brillante cirujano. Ejerció la cirugía exclusivamente en el Hospital Británico. Se describirá con más detalles de su apasionante vida en el capítulo dedicado al Hospital Británico.

En MUCAM quien realizaba intervenciones de Cirugía Plástica era su Jefe de Cirugía, el Dr. Raúl Ugarte, brillante cirujano general y vascular y la Institución lo recuerda ya que el Block Quirúrgico del edificio actual lleva su nombre. Sin embargo quien realizaba los tratamientos de las lesiones ulceradas que necesitaban injertos de piel era el Dr. Mussio que era traumatólogo y había aprendido esta técnica en el Instituto de Traumatología con el Dr. Pedemonte.

En CASMU, Ardao decía en 1967, 10 años antes de que la Especialidad fuera reconocida por la Facultad y se comenzaran a expedir los títulos oficiales, que en ese momento cada Servicio de Cirugía tenía un colaborador con dedicación a Cirugía Plástica, y en cuanto a las Instituciones de asistencia mutual, que de la misma forma cada institución contaba con un cirujano plástico, a excepción de CASMU, ya que había sido la primera institución en la que se habían organizado guardias de urgencia de cirujanos plásticos que durante todos los días del año brindaban atención a los casos urgentes.

**Ruben Varela Soto.** En la Cátedra de Clínica Quirúrgica del Piso 9 del Hospital de Clínicas y mientras estaba bajo la dirección del Profesor Abel Chifflet, Varela Soto era el referente en cuanto a la cirugía de la mano. Posteriormente llegó a ser Director Técnico de Casa de Galicia y más tarde Subsecretario de Salud Pública. Uno de los autores conocieron al Dr. Varela Soto cuando varios cirujanos uruguayos viaja-

ron a Buenos Aires para asistir al Congreso Mundial de Quemaduras, lo que demostraba que estaba interesado en mantenerse actualizado en varios temas de la cirugía plástica, aunque su actividad era la de cirujano general.

**Máximo Karlen.** Como cirujano General actuaba en el Servicio del Prof. Juan Carlos del Campo. El Dr. Guillermo H. Fossati, siempre decía que fue quien lo había inspirado para continuar la especialidad y de quien había obtenido las primeras enseñanzas. Lo mismo expresaba del Dr. José Suárez Meléndez. También recordaremos a los Dres. Mario Rius y Sala López, ambos ejercieron la otorrinolaringología.

En cuanto al Dr. Manuel Albo, destacado cirujano general y en su honor Casa de Galicia decidió que sus salas de operaciones llevaran su nombre, el Dr. Turnes lo ubicó visitando en Francia al Servicio de Cirugía Plástica dirigido por los famosos Profesores Hippolyte Morestin y Victor Veau.

En el interior de la República ejercieron la cirugía general, excelentes profesionales que sin duda debieron haber realizado tratamientos de las heridas, quemados, tumores de piel, etc. El Dr. Ardao menciona que en Salto, quizás el Departamento del Interior donde por primera vez hubo policlínicas de la Especialidad, ejerció el Dr. Carlos Bortagaray, y fue reconocido por llevar a cabo varias cirugías en niños con malformaciones como el llamado labio leporino o labio hendido.

Sin duda no mencionamos varios nombres de cirujanos que realizaron intervenciones de cirugía plástica, pero lamentablemente no dejaron registro alguno.

## SEGUNDO PERÍODO

En este segundo período incluiremos a todos los cirujanos provenientes de otras especialidades y de la cirugía general, los que comenzaron a practicar la Cirugía Plástica, para posteriormente continuar ejerciéndola en forma exclusiva, abandonando definitivamente la práctica de otro tipo de cirugía. Ellos fueron los **primeros cirujanos plásticos del Uruguay.**

Sin embargo hay casos muy particulares, que no se encuadran dentro de nuestro esquema. Se trata de los Dres. Paula Victoria Knaibl y Fernando Schreiber.

**Paula Victoria Knaibl de Pascual.** (1916-1962)<sup>16</sup>

De origen checo, inició sus estudios médicos en Buenos Aires y los prosiguió con el ilustre Dr. Harold Gillis en el Reino Unido. Se radicó a continuación en el Uruguay donde revalidó estudios y finalmente se graduó el 27 de octubre de 1947. Fue la primera cirujana plástica que ejerció en el país. Sus trabajos fueron numerosos y ya como practicante aparece como coautora en: ARDAO H, PIETROPINTO J (cirujano dental), KNAIBL P. El injerto de hueso esponjoso en las reconstrucciones del maxilar inferior. Bol Cir Uruguay 1947; 18:328-330.

En un trabajo inmediatamente posterior acompañó al otorrinolaringólogo Jaime Sala López en una comunicación acerca del colgajo interciliar en las reparaciones de brechas nasales y en 1950 presento "Plastia de Parpado Superior", también publicado por el Boletín de la Sociedad de Cirugía. Fue la primera socia mujer en los treinta años que llevaba de fundada la Sociedad de Cirugía del Uruguay ( lista de asociados de 1950, 1 en 173!!)

Actuó como cirujana en el Centro de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública, Banco de Seguros, Instituto de Radiología, Hospital Pereira Rossell. Falleció en el curso de una cirugía tumoral en el quirófano, en 1962.

**Fernando Schreiber** era un inmigrante de apellido alemán pero de nombre español que llegó en 1938, y que había sido alumno de E. Lexer, quien alrededor de 1914 era muy reconocido por realizar nuevos diseños de colgajos. El Dr. Carlos Stajano lo recibió en su Servicio del hospital Pasteur ya que ostentaba el título de cirujano. Hay indicios de que Schreiber realizaba correctamente ciertas cirugías estéticas tales como el refrescamiento facial, para lo cual empleaba las técnicas mínimas que preconizaba la Dra. Noel en Francia. Muchos cirujanos se acercaron a él en ese momento, pero solamente el Dr. José P. Cibils Puig puede ser considerado como su alumno.

16 RIZZI, Milton: La mujer en medicina en el Uruguay. Médicas en Uruguay 1908-1953. En: <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/mujeres-medicas.pdf>

Debemos recordar que en 1957 quienes fundaron la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay, practicaban las más diversas especialidades a saber: ORL, Oftalmólogos, Traumatólogos y Cirujanos Generales, la mayoría de los cuales nunca abandonaron la práctica de su especialidad original. Incluiremos también a aquellos cirujanos que sin haber sido Socios Fundadores de la Sociedad, se fueron sumando a esta práctica hasta el año 1977.

En ese año la Facultad de Medicina reconoce a la Cirugía Plástica como especialidad quirúrgica independiente de la Cirugía General. Pero en ese momento surge una gran interrogante acerca de cómo proceder con quienes habiendo practicado la especialidad en forma exclusiva por años y aún muchos de ellos habían participado en cursos en el exterior, pero carecían de un título de especialista que reconociera su actividad. Evidentemente surgían problemas muy disímiles ya que había cirujanos plásticos muy conocidos por todos los colegas y con ellos no habría mayor problema en reconocerlos, pero había otros que actuaban con menos asiduidad y otros más jóvenes aún, recién llegados.

La Facultad a través de la Escuela de Graduados, una vez que había decidido crear una Cátedra de la Especialidad, fue tomando decisiones que llevaron su tiempo. En una primera etapa concedió título de especialista a los más notorios cirujanos plásticos que ejercían su especialidad en numerosas instituciones y eran reconocidos por sus colegas. Ello se realizó en 1974, año en el que Uruguay concedió los primeros títulos de especialistas **por competencia notoria**. Posteriormente se nombra un Tribunal entre los que ya habían sido reconocidos para que analizaran el resto de los casos de los cirujanos más jóvenes. El Tribunal estaba compuesto por los tres cirujanos plásticos más notorios de este período, los Dres. Jorge De Vecchi, Guillermo Fossati y Germán Möller. Ese Tribunal se expidió en 1976, concediendo Títulos a algunos cirujanos **por competencia notoria**, a otros cirujanos, tal el caso de uno de los autores, **por actuación documentada**. Mientras que en un tercer grupo cada cirujano debió realizar una prueba para que le fuera concedido su título. Por fin, un cuarto grupo debía iniciar los cursos desde el principio. De esta forma en 1976 se regularizó la situación de todos los cirujanos plásticos. Una vez obtenido ese logro, la Escuela de Graduados realizó un llamado a todos los cirujanos plásticos para que

quienes tuvieran interés concursaran para cargos docentes de la nueva Cátedra que comenzaría a funcionar en 1977.

En ese primer llamado se otorgaría un cargo de **Grado IV**, o Profesor Agregado, y dos cargos de G III o Profesores Adjuntos; los nombrados fueron los Dres. Jorge De Vecchi como G IV, mientras que Guillermo Fossati y Juan J. Hornblas ambos fueron designados como G III.

Desde ese momento al comenzar los cursos oficiales de Cirugía Plástica, sólo estarían reconocidos los cirujanos que habían obtenido el título de especialistas, los docentes y los estudiantes.

Desde el punto de vista **docente**, este período se destaca además en la designación de los Centros donde pueden concurrir los estudiantes a realizar los cursos oficiales, además de la Cátedra que se instaló en el piso 13 del Hospital de Clínicas, hubo un efímero reconocimiento al Servicio de Cirugía Plástica que dirigía el Dr. Héctor Ventós en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, como el Segundo Centro docente donde se dictarían cursos de especialistas pero dejó de funcionar rápidamente cuando se reconoció al Servicio del Hospital Pasteur como área docente. Hubo que esperar a abril de 1986 para que la Escuela de Graduados bajo la Dirección del Prof. Muzio Marella resolviera: “Autorizar la regularización de actividades docentes de postgrado en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur..... Para ese Servicio es un reconocimiento al trabajo que en él se viene realizando desde hace años”. Además de Fossati que había obtenido el cargo de Prof. Adj. Grado III, el Dr. Irigaray obtuvo el mismo cargo a partir de 1990. A pesar de múltiples solicitudes a la Escuela de Graduados para que nombrara nuevos docentes dependientes de la Facultad de Medicina, la mayoría de la docencia recayó en los Cirujanos Plásticos con cargos en el MSP. Desde ese entonces serían los dos únicos centros de docencia oficial de la cirugía plástica en Uruguay.

A pesar de ello el Dr. Germán Möller logra nuclear junto a sí a un grupo importante de estudiantes y cirujanos plásticos jóvenes que encuentran en él a su Maestro. El Dr. Möller ejerció de esta forma una especie de docencia libre, como decía Fossati, en dos sitios bien determinados; en primer lugar en el Instituto Nacional del Cáncer, y en segundo lugar donde se trasladaba casi el mismo grupo de médicos, en el Instituto de Traumatología y Ortopedia.

En ese momento quedan conformados tres grandes grupos donde se enseñaba cirugía plástica que estaban dirigidos por el Prof. De Vecchi en el Hospital de Clínicas, el Prof. Adj. Guillermo H. Fossati en el Hospital Pasteur y el Dr. Germán Möller en los lugares antedichos.

Desde el punto de vista **asistencial**, diríamos que en ese momento se podían realizar casi la totalidad de las cirugías que se practicaban en el resto del mundo. Pero como los avances con nuevas técnicas quirúrgicas se continuaban produciendo, es de destacar que desde los tres Centros se impulsaba a la siguiente generación para ir desarrollando las nuevas subespecialidades en las que rápidamente se dividió la cirugía plástica. La descripción de las nuevas subespecialidades se realizará a continuación, al describir el Tercer Período de la Cirugía Plástica .

Desde el punto de vista de la **investigación**, hay que mencionar que en el Servicio del Hospital Pasteur se había organizado un Laboratorio para la enseñanza de la microcirugía vascular y nerviosa, y fue desde ese laboratorio donde se originaron la mayoría de los especialistas en microcirugía que realizan esta técnica actualmente. De allí el valor que tuvo ese laboratorio para la Cirugía Plástica del País.

A continuación describiremos un resumen de la trayectoria de los cirujanos plásticos más reconocidos de ese período, dejando la salvedad que pueden quedar sin nombrar algunos cirujanos plásticos de quienes no existen testimonios escritos acerca de ellos.

**José P. Cibils Puig**, en sus comienzos, se lo ubica en el Servicio de Posgraduados del Hospital Pasteur que dirigía el **Prof. Stajano**. Allí se encontraba el Dr. Schreiber recién llegado de Europa en 1938 que era cirujano. Sin embargo llevaba a cabo operaciones de cirugía plástica, sobre todo en el campo de la cirugía estética. A pesar que concurrían distintos cirujanos para observar esas operaciones, se puede considerar a Cibils Puig como el único discípulo que continuaría ejerciendo la especialidad. También concurrió al Servicio de Radiología que dirigía el Prof. Ardao. Obtuvo un cargo de cirujano plástico en el Hospital Pereira Rossell, comenzando allí su actividad en la cirugía reparadora en los niños; operaba pacientes con malformaciones congénitas, destacándose la fisura de labio, pero sobre todo realizaba la atención de los niños quemados. En esa actividad quien lo ayudaba era el Dr. Willy Patocchi. En la esfera mutual ejercía su especialidad en el Círculo



Católico. Siempre se contaba que cuando concurría allí y frente a las monjas religiosas, disfrutaba al decir palabras soeces con el sólo fin de observar sus reacciones. En cuanto a su actividad privada se lo considera el primer cirujano uruguayo en realizar operaciones de cirugía estética. Su actividad tuvo gran influencia en los países cercanos y llegó a realizar múltiples cirugías estéticas en el exterior.

**Enrique Apolo**, (1898-1969), fue uno de los grandes cirujanos de este período y de toda la historia de la Cirugía Plástica del Uruguay. En ese sentido tuvo un reconocimiento unánime de todos sus contemporáneos, tal es así que el Dr. Ardao escribió numerosos artículos, que los abordaremos más adelante, en los cuales exalta su personalidad y su trabajo. El Dr. Guillermo H. Fossati tenía gran admiración por la tarea desplegada por Apolo y decidió que una foto de Apolo adornara el aula de clases del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur, pero además la que se considera como la primera clínica privada de cirugía plástica del Uruguay, fundada por los Dres. G. Fossati, G. Möller y J. Verges, lleva el nombre de Apolo, en honor del Dr. Enrique Apolo, y no para recordar al mítico dios griego.

Especializado en ORL, otorrinolaringólogo, decidió realizar un viaje de estudios por Europa. Ese viaje tuvo tal impacto que le hizo cambiar definitivamente de especialidad, pasándose a la cirugía plástica, la que ejerció en exclusividad de allí en adelante. En 1934 parte de Montevideo concurriendo en Hamburgo a un Servicio de ORL por tres meses, posteriormente se traslada a Berlín donde se afincará durante un año, para concurrir a un Servicio de Cirugía bucomáxilofacial, donde se contacta con los cirujanos plásticos que se encargaban de practicar cirugía reparadora a los niños con malformaciones congénitas, pero sobre todo interesándose por el tratamiento integral de los niños que tenían fisura de labio o labio leporino. En esa clínica se realizaban las técnicas quirúrgicas preconizadas por el maestro francés, Victor Veau. Luego de esa estadía, viaja a Viena al Servicio del Prof. Neumann para vincularse con el cirujano plástico que allí se desempeñaba. En ese servicio observa las técnicas para cirugía de la nariz y la colocación de implantes protésicos para la reconstrucción del dorso nasal. Finaliza este viaje concurriendo al Servicio del Prof. Veau en Paris, observando sus cirugías. Con todos estos conocimientos acumulados, ya de regreso en

1936 se transformó en el pionero e impulsor de la Cirugía Reparadora del labio fisurado, tanto en Uruguay como en toda Latinoamérica.

Seguidamente se hará una breve descripción, para que el lector pueda comprender los alcances de esta malformación. Aproximadamente uno de cada mil niños nacidos la van a tener, no se trasmite hereditariamente, teniendo más prevalencia en Latinoamérica y en Asia Oriental, que en el resto del mundo. El labio fisurado o leporino, denominación derivada del labio que tienen las liebres, consiste en una separación o hendidura en el labio superior. Esa separación no se presenta en el centro del labio sino que lateralmente respecto al centro. En los casos de malformación mínima, esa fisura queda reducida al labio; pero en otros casos puede avanzar hacia los dientes y en los casos más avanzados puede dejar totalmente abierto el paladar, llamándose de esta forma fisura labio palatina. Aún hay casos más complejos donde aparecen dos fisuras una de cada lado del centro, dejando un pequeño trozo de labio en la parte central debajo de la nariz. Era tal la desfiguración facial que podían tener estos pacientes, que en Inglaterra se llegó a colocar como motivo para la realización de un aborto legal. Además del defecto estético, el niño tiene grandes alteraciones funcionales, ya que al tener el paladar abierto los alimentos y sobre todo los líquidos fluyen libremente hacia la cavidad nasal, provocando atragantamientos. Otro defecto funcional importante se trata de la alteración de la voz, dando lugar a un sonido característico, llamada voz nasal ya que el aire se escapa hacia la nariz e impide pronunciar correctamente ciertas consonantes. Entre los lectores de mayor edad recordarán lo frecuente que era encontrar personas con este defecto, reconocidos por su forma de hablar y por cicatrices visibles en el labio superior ya que se los operaba a muy avanzada edad, y era corriente llamarlos como "mellados". Estos lectores se preguntaron alguna vez cuál fue el motivo por el cual actualmente no vemos o no oímos a este tipo de personas. El número de casos no ha variado a lo largo de los años, pero lo que ha sucedido es que actualmente siguiendo los pasos de Apolo, a esos niños malformados, rápidamente un ortodoncista les coloca una placa en el paladar la que impide que los alimentos puedan desplazarse hacia la cavidad nasal, el cirujano plástico precozmente, repara las estructuras malformadas, y posteriormente un foniatra si es necesario, les enseña a hablar. La semilla que colocó Apolo para que el tratamiento fuera precoz y multidisciplinario germinó y hoy cirujanos

jóvenes con nuevas técnicas quirúrgicas han hecho desaparecer a la vista de la sociedad las secuelas de esta malformación que solo existe para el paciente y su entorno en los primeros años de vida.

Para recordar la valía del Dr. Apolo, Ardao escribió “En 1936 comienza la etapa de sacrificio del Dr. Apolo, cirujano por invitación, como un caballero andante, allá iba con su valija de instrumentos peregrinando por los Servicios y Hospitales operar fisurados. .... De 1936 a 1946 fueron 10 años en que hablar de fisurado en el Uruguay era hablar del Dr. Apolo. Se convirtió en el cirujano nacional de los fisurados. Solo, sin cargo y sin Servicio... Nosotros, continúa Ardao, hemos tenido el privilegio de su amistad y de su colaboración en el Centro de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública desde su fundación en marzo de 1946. El cirujano errante encontró allí su lugar definitivo y allí hizo escuela.” Texto extraído del libro que escribió Antonio L. Turnes sobre Héctor Ardao.

Recordemos que Apolo integró la Comisión que elaboró el primer estatuto de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay, y fue uno de los socios fundadores en 1957, ocupando más adelante el cargo de Presidente. Contribuyó a la creación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica llegando a ser Presidente del cuarto Congreso.

**Eugenio Bonavita Páez**, como la mayoría de los cirujanos que deseaban aprender la especialidad, concurrió desde los comienzos en 1946 al Centro de Cirugía Plástica que funcionaba en el Instituto de Radiología, actual Instituto Nacional del Cáncer, bajo la dirección del Dr. H. Ardao, a quien acepta como uno de sus maestros, lo mismo que al Dr. Pedro Víctor Pedemonte. Por ello puede deducirse que también debe haber concurrido al Instituto de Traumatología, donde el Dr. Pedemonte era el Encargado de la policlínica de cirugía plástica. Esa policlínica se había erigido como uno de los lugares de enseñanza de la cirugía plástica.



Eugenio Bonavita Páez

Más adelante el Dr. Guillermo H. Fossati lo ubica con un pasaje muy breve por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur en 1971, cuando comenzaba la actividad en ese Servicio. En la esfera mutual tuvo un pasaje por el Departamento de cirugía plástica de CASMU. Sin embargo fue en el Departamento de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado que Bonavita Páez tuvo la actividad pública más prolongada. Ese Departamento estuvo dirigido desde su inicio por el Dr. Ardao, y allí se integró el Dr. Bonavita. Una vez que Ardao se retiró el Dr. Bonavita pasó a ocupar la jefatura de dicho Departamento, hasta su fallecimiento. Por los años 1970, fue integrante de una Delegación nombrada por la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay que se reunió con las Autoridades del Hospital de Clínicas a fin de evaluar la instalación de un Centro de Quemados. Esa aspiración se logró finalmente décadas después. Tuvo una intensa actividad privada donde la mayoría de sus operaciones eran de cirugía estética. Concurrió a numerosos Congresos Nacionales e Internacionales. Fue presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay en el año 1965.

**Alejandro Vázquez Barbé.** Su inclinación por la cirugía plástica lo lleva a concurrir al Centro de Cirugía Plástica que dirigía el Dr. Ardao, siendo uno de los cirujanos que decide acompañar al Dr. Guillermo H. Fossati cuando éste pasó a inaugurar y dirigir el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur. Inicia su carrera docente en el Departamento de Anatomía que estaba bajo la Dirección del Prof. Alfredo. Ruiz Liard, llegando hasta el cargo de Docente G III. Es por ello que junto al Dr. Irigaray también G III de Anatomía, realizan cursos sobre la mano y anatomía de la cara en el Servicio que dirigía el Dr. Fossati.

Vázquez Barbé había concurrido al exterior, sobre todo a Francia a realizar cursos de especialización en cirugía plástica. Estuvo con el afamado Prof. François Iselin que dirigía un muy renombrado Servicio de cirugía de la mano en Nanterre. Luego conoce a destacados cirujanos plásticos de la época entre ellos al Dr. Morel Fatio, cirujano especializado en reparación de los párpados. Uno de los autores fue su ayudante quirúrgico desde 1972 hasta su traslado a Venezuela en 1976. Realizaba cirugía reparadora y cirugía estética, con seguridad, buena técnica y precisión.

Fue uno de los impulsores de la Microcirugía Vascular Reparadora en el Uruguay. Realizamos múltiples trabajos de experimentación de

suturas vasculares en perros, en el Departamento de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina. Realizó, con la ayudantía de uno de los autores, un colgajo microquirúrgico en el Hospital Pasteur, que fracasó. Ello impulsó a dicho autor a solicitar una Beca para concurrir a Japón a especializarse en esa técnica. De allí que si bien aquella primera microcirugía fue un fracaso, fue determinante para llevar a pensar que sin entrenamiento adecuado e instrumentos especiales resultaría imposible llevar a cabo ese tipo de cirugía en Uruguay. Hecho que abrió un campo nuevo cuando esa subespecialidad se comenzó a utilizar correctamente (ver el capítulo correspondiente).

Vázquez Barbé introdujo a este autor en el gusto de recorrer los campos del Uruguay, visitando numerosos establecimientos rurales, admirando las tareas campestres, la flora y fauna del Uruguay. Recuerda el autor con nostalgia esas salidas camperas, muy distendidas que les llenaban de energía y optimismo. Siempre recuerda una frase en la que decía : “cuando se hace un injerto de piel, nunca puede salir mal, así que si algún injerto falla, hay que parar la actividad, irse al interior, pensar y volver a empezar”. Todavía conserva el autor un portaguja que le regaló cuando lo comenzó a ayudarlo, lo ha usado más de 40 años y se mantiene en perfecto estado.

A pesar de que tenía un futuro muy venturoso en nuestro País, y profesionalmente, podría haber llegado con el tiempo a la Jefatura y Dirección de varios Servicios o Departamentos de cirugía plástica, en 1976 decidió trasladarse a Maracaibo, Venezuela, practicando la especialidad en dos hospitales de la región. Finalmente en 1992 en uno de ellos crea y dirige un Servicio de Cirugía Plástica Reparadora y Maxilofacial junto a la Dra. María Consuelo Arconada. Es autor de numerosos trabajos científicos.

**Carlos Eduardo Ferratti Turdera**, fue uno de los primeros cirujanos en orientarse hacia la cirugía plástica, para ello igual que los médicos que vimos anteriormente, concurrió al Centro de Cirugía Plástica que dirigía el Prof. H. Ardao. Decidió acompañar al Dr. G. H. Fossati en 1971 cuando se trasladó con parte del Servicio que dirigía Ardao hacia el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur, el que sería inaugurado y dirigido por Guillermo H. Fossati. En su etapa de aprendizaje decidió realizar un viaje de estudios hacia Estados Unidos; para ello fue a San Luis a un Servicio muy reconocido que estaba bajo la dirección

de los Dres. Brown y Mc Dowell. A su regreso y con los conocimientos adquiridos decidió trasladarse a Paysandú con la intención de radicarse allí. Sin embargo Ferratti no supo o no pudo hacerse el lugar que por sus conocimientos merecía. De personalidad seria y poco comunicativa, decidió regresar a Montevideo. En el Servicio del Hospital Pasteur el autor lo recuerda muy bien y tenía por costumbre cuando concurría a las Salas de Operaciones, colocarse detrás del joven cirujano actuante al que generalmente daba acertadas indicaciones; sin embargo no lo recuerda realizando cirugías, actuando como cirujano. En la esfera mutual no pudo tampoco afianzarse en algunas instituciones en las que incursionó dado que al poco tiempo renunciaba a sus cargos. Fue en CASMU donde estuvo la mayor parte de su tiempo, integrando el equipo quirúrgico que dirigía el Dr. Fossati.

**Enrique Pera Erro**, nació en Salto en 1930 y falleció en Montevideo en 2018. Su interés por la especialidad lo llevó a acompañar al Dr. H. Ardao y por ello concurrió al Centro donde éste era Director en el MSP y donde se nucleaba la mayoría de los cirujanos jóvenes. A su vez acompaña a Ardao al piso 7 del Hospital de Clínicas, cuando éste es nombrado Profesor Director de la Clínica Quirúrgica F. Posteriormente le adjudican una Policlínica de Cirugía Plástica en dicho hospital. Cuando se creó la Cátedra de Cirugía Plástica en 1977, se hace un llamado para aspirantes a docentes, obteniendo un cargo de Profesor Adjunto G III.

Concurrió entre los años 1966 y 1967 a especializarse al Hospital Karolinska de Estocolmo al Servicio del Prof. Tord Skoog, quien años más tarde en 1976 publicó un libro titulado **“Atlas de Cirugía Plástica”**. Este libro es considerado como uno de los hitos de la especialidad y fue traducido al español, inglés, italiano y japonés.

Irigaray conoció por vez primera al Dr. Pera Erro, a bordo del vapor Giulio Césare, en 1967, cuando él regresaba de Suecia y el autor regresaba de un viaje de estudiantes de medicina. Volvían los estudiantes con el fin de realizar en unos meses el concurso de Practicantes Internos del MSP, cargo que en su caso le llevó al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur. El Dr. Pera les habló con mucho cariño de su especialidad, pero la mayoría de los estudiantes no tenían claro de qué se trataba esa especialidad aunque el sentir general era la de que la cirugía plástica se trataba de una rama menor de la cirugía. Cuando

Irigaray concurrió al Hospital Pasteur descubrió la verdad acerca de la cirugía plástica.

Muy interesante fue oírle decir que si algún día quisieran acercarse a la especialidad, recorrieran ese camino ya que según se decía en poco tiempo se abriría un Centro de Quemados y se necesitarían cirujanos plásticos para hacerlo funcionar. Esa aspiración que la mayoría de los cirujanos deseaba llevarla a cabo, recién se pudo inaugurar en 1995 con el nombre de CENAQUE.

En la esfera mutual el Dr. Pera Erro, se desempeñó por largo tiempo en el Departamento de Cirugía Plástica de CASMU donde llegó a ejercer como G IV Jefe de Equipo y Coordinador General. Tuvo también una importante actividad en la esfera privada, donde la mayoría de esas operaciones eran de cirugía estética. Fue un entusiasta participante en los Congresos o Jornadas de la Especialidad tanto nacionales como internacionales. Publicó numerosos trabajos científicos.

**Guido Negrín**, de quien se presenta una magnífica semblanza escrita por la Dra. Daisy Peri Vidal, en el capítulo sobre la cirugía plástica en la Asociación Española. Discípulo de Héctor Ardao y Pedro Larghero se dedicó a la cirugía plástica. El Dr. Negrín fue quien más influyó a este autor, en tomar la decisión de dedicarse a esta especialidad luego de haberlo visto en Médica Uruguaya, realizar una cirugía de extracción de un tumor maligno del ala nasal y a continuación llevar a cabo una reconstrucción de la misma de forma brillante.

**Jorge Verges Irisarri**, inició su aprendizaje en el Centro de Cirugía Plástica del MSP, para luego pasar a integrar el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. En la esfera mutual, fue integrante del Departamento de Cirugía Plástica de CASMU, donde llegó hasta G IV, Jefe de Equipo Quirúrgico. Fue Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay.

En su actividad privada, en conjunto con los Dres. G.H. Fossati y G. Möller fundó la Clínica llamada Apolo en homenaje al Dr. Enrique Apolo.

## TERCER PERÍODO

Serán considerados en este período los cirujanos que iniciaron sus estudios directamente como cirujanos plásticos y ejercieron esta Especialidad en forma exclusiva.

Desde el punto de vista **docente**, durante este período existieron cambios en las direcciones de los tres centros de referencia que concentraban la enseñanza, dado al transcurso del tiempo.

En la Cátedra del Hospital de Clínicas, como ya fue mencionado, el Prof. Jorge A. De Vecchi Larralde, fue sucedido por el Prof. Juan Jacobo Hornblas y posteriormente en forma sucesiva se sustituyeron los Profesores, Dres. Jorge M. De Vecchi Gutiérrez, Carlos Carriquiry y Héctor Juri.

En el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, al retiro del Dr. G. H. Fossati le sucedió brevemente el Dr. Aldo Roncagliolo; posteriormente fue designado Jefe de Servicio, el Prof. Adj Dr. Alberto Irigaray, para finalmente recaer ese cargo en el Dr. Gonzalo Fossati Avilés.

En el Centro de Cirugía Plástica del Instituto de Radiología, actualmente Instituto Nacional del Cáncer, creado por el Dr. H. Ardao, y que continuara con la jefatura del Dr. Germán Möller, una vez que se retiró este último, fue perdiendo influencia como centro docente, mientras que mantuvo una actividad asistencial importante. A su vez, en el servicio de cirugía plástica del Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología (INOT) se mantuvo una importante tarea docente y asistencial bajo la dirección del Prof. Agr. Dr. Juan Vanerio y más recientemente dirigido por el Dr. Rafael Graciano.

En cuanto a la atención asistencial, **la cirugía plástica evolucionó hacia la formación de subespecialidades** lo que permitió brindar a su vez una correcta asistencia de la especialidad, así como mejorar la asistencia en pacientes especialmente complejos, en los que es necesario emplear técnicas de las nuevas subespecialidades.



## **Tratamiento de los pacientes quemados**

En esta área se lograron grandes avances para el tratamiento del paciente quemado agudo ya sea tanto en adultos como en niños. Ya veremos como el Prof. Juan J. Hornblas con su perseverancia logró que la construcción de un Centro de Quemados se viabilizara y fuera inaugurada en 1995, comenzando desde allí con su tarea asistencial. Con el transcurso de los años se transformó en un servicio imprescindible. Se trata del Centro de Quemados de referencia Nacional, que brinda una atención compleja, multidisciplinaria. Todos los quemados agudos graves del País tienen acceso al Centro a través del Fondo Nacional de Recursos. En cuanto al tratamiento de los niños quemados, existió en el Hospital Pereira Rossell desde 1983 el Servicio del niño Quemado, que dirigió el Dr. Cibils Puig, aunque ese Servicio, más adelante, se transformó a partir de 1996 en un Instituto de Medicina Altamente Especializada financiado por el Fondo Nacional de Recursos, quedando bajo la dirección de la Dra. Marisabel Ramírez. Ese centro tomó el nombre de UNQUER y es también Centro de referencia Nacional para el niño quemado.

## **Cirugía endoscópica**

La cirugía endoscópica es uno de los mayores adelantos de la cirugía y ciertas especialidades desde hace algunos años. La misma consiste en realizar cirugías profundas a través de incisiones mínimas en la piel; se realizan varias incisiones de pequeña longitud en la piel y en los tejidos subyacentes las que permiten introducir tubos que portan instrumentos en sus extremos. En uno de ellos se lleva la iluminación y una cámara de video mediante la cual el cirujano actuante puede visualizar el campo operatorio mirando hacia una pantalla de TV colocada casi directamente delante de sus ojos cuando se tiene la mirada al frente. Por los otros tubos el cirujano introduce instrumentos tales como mini tijeras, cauterios, aspiradores de humo, clips de hemostasis o suturas, etc. Para realizar este tipo de cirugía donde el cirujano mira hacia adelante en una pantalla de televisión mientras sus movimientos manuales se llevan a cabo en una dirección diferente a como se tiene la posición la cabeza, es necesario realizar un entrenamiento previo tanto del cirujanos como de sus ayudantes. En cirugía plástica se hicieron

intentos para realizar operaciones de este tipo, tal el caso de la cirugía de la compresión nerviosa en la cirugía de la mano. Esa patología llamada **síndrome del túnel carpiano**, tiene como síntomas dolor y adormecimiento en la palma de la mano a causa de que un nervio muy importante que llega hasta la mano es comprimido por un ligamento muy fuerte existente a nivel del puño, y el nervio cuando va desde el antebrazo a la mano debe pasar debajo de ese ligamento que si se encuentra engrosado o inflamado lo comprime. La operación consiste en cortar ese ligamento para de esa forma descomprimir el nervio. Para ello se idearon dos pequeñas incisiones: una en el antebrazo y otra en la palma de la mano para realizar la sección del ligamento ya nombrado. Dado que los cirujanos comenzaron a operar esa patología bajo visión directa, pero a través de incisiones cada vez de menor longitud en la palma de la mano, el empleo de la cirugía endoscópica se abandonó.

En cuanto al uso en cirugía estética de este tipo de cirugía tuvo sus grandes defensores y ejecutores, sobre todo para la cirugía de las arrugas frontales. A través de pequeñas incisiones en el cuero cabelludo cerca de la frente se introducían los instrumentos a fin de hacer el tratamiento del músculo frontal y de los músculos del entrecejo, causantes de las tan visibles arrugas de esas zonas. Sin embargo al obtener muy buenos resultados mediante el empleo de la toxina botulínica en esas zonas, hizo que realizar operaciones tan complejas sobre los músculos, no fueran tenidas en cuenta al comparar el resultado con el que se obtiene mediante la inyección de la toxina, que se realiza en no más de uno o dos minutos, que además no requiere operación, ni recuperación postoperatoria, siendo un tratamiento muy efectivo aunque se tenga que repetir al cabo de algunos meses.

### **Microcirugía vascular y nerviosa**

Se trata sin duda de uno de los adelantos más importantes de la cirugía plástica en toda su historia. En Uruguay, tempranamente hubo tres especialistas en esta técnica que fueron los Dres. J. De Vecchi Larralde, Alberto Irigaray y Enrique Fossati. Por ello es que tanto en el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, en el Hospital de Clínicas, como en el Banco de Seguros del Estado, rápidamente se implementaron este tipo de operaciones precediendo al resto de los países de Sud-

américa, salvo Brasil. Desde fines de la década de 1970 comenzaron en Uruguay las intervenciones empleando esta técnica revolucionaria que permitió reimplantes de dedos, manos y brazos. También se pudieron reconstruir manos amputadas parcialmente mediante la transferencia de dedos del pie a la mano. Mediante la transferencia de una porción de un hueso de la pierna a la mandíbula o a la otra pierna se pudieron operar tumores y malformaciones de huesos. Por otra parte, a partir de grandes colgajos de piel, se pudieron llevar a cabo grandes reconstrucciones de diferentes zonas del cuerpo.

### **Cirugía de la mano**

Varios cirujanos desde Ardao en adelante realizaron pasantías en el exterior buscando perfeccionarse en la cirugía de la mano. De allí surgieron varios trabajos científicos y hasta hay escrito un pequeños libro por cirujanos de nuestro medio. Este tipo de cirugía se realizó y realiza en forma correcta en las instituciones mutuales, en el Hospital Pasteur, en el Hospital de Clínicas, en el Instituto de Traumatología, y en el Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado. Sin embargo entendemos que faltó el cirujano que se dedicara en forma exclusiva a este tipo de cirugía, tal como fue el Dr. Guillermo Loda en Buenos Aires. Quizás porque se entendió que en nuestro medio no existe el volumen suficiente de pacientes como existen en otros países.

### **Cirugía ósea y osteosíntesis**

La tecnología hizo cambiar rápidamente este tipo de cirugía, tomando como base varias premisas: hay que reducir la fractura, es decir, hay que poner los huesos fracturados en el lugar que estaban previo al traumatismo; hay que inmovilizarlos lo mejor posible, para que de ese modo se produzca lo que se llama el callo óseo, o sea que el hueso “suelde” y se reconstituya. Por último, lograr un restablecimiento funcional lo más rápido posible. Las fracturas que encontramos en cirugía plástica, son a nivel facial o de la mano. Así se fue pasando de la forma tradicional del vendaje inmovilizador, a un vendaje más seguro como el yeso. Posteriormente se comenzó a utilizar la osteosíntesis, tanto por pequeñas varillas de acero, así como por el empleo de alambres. Luego

se pasó a emplear los llamados fijadores externos, aunque en cirugía de la mano y dedos eran difíciles de implementar, para pasar en la actualidad a la utilización de placas, y miniplacas que son fijadas con tornillos, que se colocan de manera tal que unen ambas partes del hueso fracturado, fijándolas firmemente. Estos elementos son construidos de acero o de titanio. Utilizando correctamente esta última tecnología se pudieron cumplir casi en su totalidad los fines que se buscan para tratar en forma correcta las fracturas.

### **Cirugía cráneo facial**

El correcto empleo de los avances en la nueva cirugía ósea, permitió que los cirujanos plásticos y neurólogos comenzaran a abordar las graves deformaciones cráneo faciales congénitas. Para ello se necesita de grandes movilizaciones de los huesos de la cara y del cráneo, a fin de lograr una apariencia cercana a la normal. En Uruguay se organizó un solo equipo que concentró la totalidad de los pacientes que portaban estas malformaciones. El equipo liderado por la neurocirujana Dra. Allys Negrotto, integrando también a cirujanos plásticos liderados por el Dr. J. De Vecchi y Héctor Juri, fue como dijimos el único equipo que trabajó en MUCAM, pero que intervino a todos los pacientes que están operados en el País, dependientes la mayoría de las prestaciones que ofrece El Banco de Previsión Social.

### **Cirugía estética**

En esta rama de la cirugía plástica existieron adelantos importantes, entre los cuales debemos resaltar la aparición de nuevos tipos de tratamientos antes inexistentes. Esos procedimientos fueron: los métodos de aspiración de tejido adiposo a fin de realizar una remodelación corporal, la aparición del ácido hialurónico, como método para tratar las depresiones, surcos y arrugas de la cara, así como la aparición de la ya mencionada toxina botulínica para el tratamientos de los llamados tics nerviosos que normalmente son de carácter involuntario y de las arrugas producidas por la contracción de ciertos músculos faciales.

De cada uno de estos métodos hablaremos en el capítulo correspondiente, pero en general la mayoría de las operaciones conocidas

como estéticas, han cambiado a través del tiempo. A nuestro entender los cirujanos son relativamente más rápidos que en el pasado porque las técnicas se han simplificado y cuando el cirujano es seguro avanza constantemente sin que ello requiera de un vértigo desordenado. Hay que tener en cuenta también que se realizan técnicas menos traumáticas que hasta hace un tiempo, por lo que los cirujanos ya no piensan en procedimientos en los que sea necesario realizar transfusiones de sangre. Sin embargo en los comienzos del autor como cirujano, escuchó a muy buenos cirujanos plásticos que preconizaban la realización de transfusiones de sangre en forma sistemática para determinados tipos de cirugía estética. Esas ideas han cambiado y la transfusión de sangre se ha convertido en una rareza en este tipo de cirugía.

También las ideas de los cirujanos van a favor de los pedidos de la mayoría de los pacientes en cuanto a obtener buenos resultados a través de operaciones menos agresivas. Ello permite que tengan un reintegro más rápido a sus actividades, sin la necesidad de tener que pasar por un período posoperatorio prolongado.

A continuación se hará una **SEMBLANZA** de los que se considera son los principales cirujanos que representan esta época, aunque trataremos de transmitir solamente un resumen de la actuación de cada uno.

**Juan Andrés Castiglioni**, (1940-2021) lo colocamos en primer lugar dado que se trata de un cirujano plástico, que podría integrar la nómina de cirujanos perteneciente al período anterior. Tuvo un inicio que se podría catalogar como “a la antigua”, porque una vez graduado de médico realizó el concurso de Jefe de Clínica Quirúrgica G II, que es el cargo docente de inicio a la carrera de cirujano general. Ejerció dicho cargo y tuvo un pasaje por la Clínica Quirúrgica del Profesor Oscar Bermúdez. Una vez finalizados los tres años de cirugía, siente vocación para continuar la especialidad de su padre que había sido Urólogo, aunque tanto un familiar médico y urólogo, así como el Dr. Ruben Ardao, le sugieren que se especialice en cirugía plástica y le indican que se dirija a hablar con el Dr. Germán Möller. Una vez realizado el contacto, con la generosidad de los grandes cirujanos, Möller lo cita a su domicilio, le presta tres libros y le regala una caja de instrumentos de cirugía plástica para que la lleve consigo a las intervenciones de urgencia. Desde ese momento acompaña al Dr. Möller a todos los servicios donde éste actuaba, a saber: al servicio del Instituto Nacional del

Cáncer, donde Möller continuó la tarea de H. Ardao, al Instituto de Traumatología, lugar que Möller se había transformado en el continuador del Dr. Pedemonte, al Hospital Pereira Rossell y donde operaban las malformaciones congénitas y también a la actividad privada, siendo su ayudante en las intervenciones de cirugía estética.



De izq a der: Juan Andrés Castiglioni, Germán Möller y Juan Vanerio.

Desde el punto de vista docente, además de su cargo de G III de cirugía, obtuvo por concurso un cargo docente G III en la Cátedra de Cirugía Plástica, pero luego de ejercerlo por tres meses renunció al mismo. Obtuvo el título de especialista en cirugía plástica en 1976, luego de haber rendido una prueba práctica.

En la esfera mutual el autor tuvo el gusto de trabajar en CASMU, en el mismo equipo quirúrgico que también integraba el Dr. Galileo Lépore. En MUCAM, el autor ejerció la Jefatura del Servicio en forma conjunta durante varios años, y al dejar los cargos por límite de edad pensamos que dejamos en marcha un Servicio que incluía más de treinta cirujanos plásticos, uno de los más completos de nuestro medio.

En el Banco de Seguros tuvo una destacada actuación, conoció al Dr. Héctor Ardao, que había sido el creador del Servicio de Cirugía Reparadora. Cuando éste finalizó su actuación lo sucedió el Dr. Eugenio Bonavita Páez, y una vez que éste fallece, es el Dr. Castiglioni quien continúa en la Jefatura de ese Servicio. En el momento actual hay varios cirujanos que se consideran sus alumnos.

**Ana Puig** concurrió a los mismos Servicios donde actuaba el Dr. G. Möller. Obtiene el título de especialista de cirugía plástica, cuando se realizó la regularización de todos los cirujanos plásticos del medio en 1976. Por concurso ingresó como cirujana plástica de CASMU. También había ingresado al Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado. Su carrera se vio truncada ya que falleció muy joven.

**Gonzalo Bosch** en sus comienzos concurrió al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, para posteriormente unirse al Dr. G. Möller y concurrir a la mayoría de los Servicios de la especialidad donde éste se desempeñaba.

Concurrió a la clínica del Prof. Ivo Pitanguy, en Río de Janeiro, una de las clínicas más famosas del mundo en cirugía estética. Ejerció su actividad mutua como cirujano plástico, pero su mayor dedicación la ejerció en la actividad de cirugía estética. A esta rama de la cirugía plástica le realizó varias contribuciones, presentando trabajos científicos en congresos nacionales e internacionales así como le fueron publicadas varias de esas contribuciones. Fue Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay en 2 oportunidades.

**Líber Mandressi.** Fue uno de los alumnos más directos del Dr. Möller, concurrió fundamentalmente al Instituto Nacional del Cáncer, donde permaneció por muchos años. En su actividad mutua, llegó a ser Director Técnico de una institución mutua ya desaparecida llamada MIDU, ubicada en la Avenida Garibaldi. Obtuvo por concurso el cargo de cirujano plástico de CASMU, institución en la que llegó a obtener el máximo escalafón.

**Gonzalo Fajardo,** integró en 1970 una comisión designada por la Sociedad de Cirugía Plástica que concurrió a reunirse con la dirección del Hospital de Clínicas para analizar la creación de un Centro de Quemados en dicho Hospital. Tuvo actuación en el Servicio de

Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado, servicio donde alcanzó su Jefatura una vez que el Dr. Castiglioni se retiró de la misma. También integró por concurso el Departamento de Cirugía Plástica de CASMU y tuvo actividad en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Fue Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica.

**Héctor Ventós**, tuvo su acercamiento a la cirugía plástica con el Dr. H Ardao en el Centro de cirugía plástica instalado en el Instituto Nacional del Cáncer, según su hijo Álvaro, también cirujano plástico, fue allí donde Héctor Ventós se enamoró de la especialidad. Fue concurrente al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur ofreciendo en numerosas oportunidades conferencias acerca de diferentes tópicos de la cirugía reparadora. Integró por concurso la Cátedra de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas. Aunque su actividad más destacada la realizó en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas donde obtuvo el cargo de Jefe del Departamento de Cirugía Plástica. La Facultad de Medicina a través de la Escuela de Graduados, autorizó a que dicho Departamento impartiera docencia de la especialidad, por lo que comenzó a recibir estudiantes. Sin embargo, al poco tiempo la Escuela de Graduados designó también como centro docente al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur por lo que finalmente los estudiantes de postgrado fueron derivados en su totalidad al mencionado servicio para iniciar allí la docencia de carácter oficial. Desde el punto de vista mutua, tuvo una destacada actuación en el Departamento de Cirugía Plástica de CASMU. En su actividad privada se dedicó a la cirugía estética que realizaba en su propia clínica quirúrgica.

**Marcos Colombo**, del cual la Dra. Daysi Peri Vidal escribió una magnífica semblanza en el capítulo sobre la cirugía plástica en la Asociación Española.

**María M. Cerizola**, concurrió al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur desde el inicio de las actividades en 1971. Concurrió a España para realizar una pasantía en un centro de quemados. En 1992 se trasladó desde el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur al Centro de Quemados del Hospital Pereira Rossell, integrándose a UNIQUER.

En la esfera mutua accedió por concurso al cargo de cirujana plástica de CASMU, donde a través de los años fue designada como de G IV



de los equipos de la especialidad. En su actividad privada acompañó al Dr. Guillermo H. Fossati, actuando como su ayudante quirúrgico por años en numerosas operaciones, mayoritariamente de carácter estético. Posteriormente actuó en su propia clínica. Concurrió a numerosos congresos nacionales e internacionales.

**Raúl Villagrán**, en 1971, fue el primer practicante interno que tuvo el recién inaugurado servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur. Allí permaneció durante varios años aunque ya se había graduado de Médico. En 1974 realizó una pasantía por el Centro de Quemados de Buenos Aires que estaba dirigido por el Prof. Fortunato Benaim. Siempre tuvo claro que la especialidad que estaba determinado a realizar era la cirugía plástica. En el Servicio del Hospital Pasteur realizó un entrenamiento en microcirugía vascular reparadora. Al retirarse del área del Hospital Pasteur se integró a la Cátedra de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas. Se inclina por la cirugía de las malformaciones cráneo-faciales por lo que se integra al equipo de la Dra. Negrotto y del Dr. De Vecchi Gutiérrez, quienes eran sus directores. Pasó también a formar parte del Departamento de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado. Tuvo escasa actividad privada, dado su fallecimiento prematuro.

**Alberto Irigaray**, sintiéndonos uno de los integrantes del primer momento de este tercer período describirá lo que entiende fueron sus su aportes a la cirugía plástica.

Luego del Dr. Villagrán, fue el segundo practicante interno en 1972 del servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur. Allí permaneció por más de treinta y cinco años. El 8 de diciembre de 1993, el Director de ASSE del MSP, Dr. Julio C. Macedo Saravia le nombra como Jefe de Servicio.

Dentro de los cargos docentes, obtuvo por concurso diferentes cargos en el Departamento de Anatomía, llegando hasta G III en 1972. En la Cátedra de Cirugía Plástica le designaron como G III, Profesor Adjunto en 1990, cargo que solicitó al Decano del momento Dr. Pablo V. Carlevaro desempeñarlo en el Hospital Pasteur, solicitud que le fue concedida. Fue integrante de numerosos tribunales de concursos para designación de cargos tanto docentes como en CASMU.

En 1974, a instancias del Dr. G. H. Fossati, hizo una pasantía por el Centro de Cirugía Plástica de la Ciudad de Rosario, Argentina que estaba bajo la dirección del Dr. Esteban Garré. En 1976 obtuvo una beca a cargo de la Embajada de Japón en Uruguay, para realizar cursos de Microcirugía Vasculare Reparadora en la Universidad de Keio en Tokio. Esa misma beca se le otorgó nuevamente en 1988 para realizar nuevos cursos de actualización y concurrir al 9º. Simposio de la Sociedad Internacional de Microcirugía Reconstructiva. Hizo una pasantía por las Clínicas del Dr. Millesi en Viena, Austria y del Dr. Narakas en Lausana, Suiza, en 1981, para perfeccionarse acerca de las técnicas de microcirugía de los nervios periféricos.

Obtuvo el premio Jorge De Vecchi, en el transcurso del congreso que realizó la Sociedad de Cirugía Plástica en el Hotel Alción del Balneario Solís. Obtuvo la mención de honor del Gran Premio Nacional de Medicina en julio de 1980, junto a los Dres. Enrique Fossati, Aldo Roncagliolo y Carlos Breitfeld. Es autor de numerosos trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales y publicados algunos de ellos en revistas internacionales. Integró desde 1998 el comité editorial del *Journal of Reconstructive Microsurgery*. Fue Director del Capítulo de Microcirugía de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica. Publicó el libro “Técnicas de uso corriente en Clínica” en conjunto con el Dr. Juan C. Baluga, otro libro acerca de la “Semiólogía de la mano” y finalmente el libro “Cirugía Plástica y Estética” en colaboración con varios autores. Junto con el Dr. Enrique Fossati escribieron varios capítulos sobre Microcirugía en el libro de texto de Cirugía Plástica dirigido por el Dr. Felipe Coiffman. Fue Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay.

El desempeño en la actividad mutua fue mayormente en el Departamento de Cirugía Plástica de MUCAM, institución a la que ingresó por concurso como practicante y años más tarde fue designado en conjunto con el Dr. Castiglioni como jefe del departamento de cirugía plástica. También por concurso fue su ingreso a CASMU como practicante interno, habiendo llegado posteriormente al cargo de G IV coordinador general del departamento de cirugía plástica de dicha institución. Fue allí donde llevó a cabo el primer reimplante digital del Uruguay en 1978. Durante muchos años concurrió a la Clínica del Profesor José Juri en Buenos Aires, donde llevó a cabo numerosas ope-

raciones de microcirugía. Entre ellas el tercer reimplante de oreja en el mundo que mereció una publicación internacional. Desde el punto de vista de la cirugía plástica reparadora se siente alumno del Dr. Guillermo H. Fossati, aunque su maestro en cirugía estética fue el Dr. José Juri, sub especialidad que practicó durante muchos años.

**Juan Vanerio**, se inició en la especialidad concurrendo junto al Dr. G Möller, a los lugares donde éste desempeñaba sus tareas, tanto en la esfera pública como en la privada, por lo que puede afirmarse que es uno de sus discípulos más directos. Con el fin de perfeccionarse, realizó una larga pasantía por servicios de la especialidad en Francia. Desde su retorno, decide iniciar la carrera docente de la especialidad. Esa vocación lo llevó a concursar por cargos docentes en la cátedra de cirugía plástica, en la que asciende hasta ser designado como profesor agregado Grado IV. Ese cargo docente lo desempeñó en el CENAQUE.

Luego del retiro del Dr. Möller del Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología, el Dr. Vanerio asume la dirección del servicio de cirugía plástica donde lleva cabo una intensa labor docente y asistencial.

También actúa en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado donde llega, mediante un concurso a la jefatura del servicio de cirugía reparadora. En la esfera mutual se desempeña desde hace largo tiempo en MUCAM. Tuvo una intensa actividad privada donde realizó mayormente intervenciones de cirugía estética.

**Enrique Fossati Introzzi**, en su inicio preferentemente realizó pasantías por Servicios de Cirugía Plástica en el exterior sobre todo en Francia. Posteriormente hace una larga estadía en Buenos Aires concurrendo con el Dr. Guillermo Loda al Servicio de cirugía de la mano en el Hospital Francés. De regreso a Montevideo, comienza a concurrir al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur. Obtiene una Beca del Gobierno de Japón para realizar entrenamiento en microcirugía vascular, la que realizó en La Universidad de Keio en Tokio en 1978. Formó junto al Dr. Irigaray uno de los dos Equipos de Microcirugía que centralizaban buena parte de la actividad de esa subespecialidad. Nuevamente concurreó a Francia para interiorizarse de la Microcirugía de los nervios periféricos, sobre todo las lesiones neo natales. Trabajó por años en el Banco de Seguros del Estado. Posteriormente pasó desde el Hospital Pasteur al Servicio de Quemados del Hospital de Niños, don-

de tiene un breve pasaje para desde allí centralizar toda su actividad en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Británico donde en el momento de su retiro había llegado a desempeñar su Jefatura.

**Álvaro Barreiro.** Desde el comienzo de su especialización se integró al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur. Obtuvo su título de especialista en 1990. En su viaje a Francia realizó una pasantía de 1 año en el Servicio del Dr. Merle en Nancy, especializándose en cirugía del miembro superior donde obtuvo un título universitario. Se integró al equipo de microcirugía de los Dres. Irigaray y Fossati, donde se constituyó en un pilar fundamental como cirujanos reparador, sobre todo en cirugía de la mano. Integró el Departamento de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado cumpliendo una destacada actuación. En la esfera mutual, por concurso obtuvo cargos de cirujano plástico de CASMU, pero su tarea más importante la cumple en el Hospital Evangélico. En esa Institución el Dr. Gastón Porta trabajó durante mucho tiempo cubriendo todas las necesidades de la especialidad. Más adelante el Dr. Barreiro se integra a la institución la que en ese momento necesitaba más cirujanos plásticos. Una vez que se produjo el retiro del Dr. Porta, el Dr. Barreiro ya como jefe, reorganiza el servicio de cirugía plástica. Concurrió a numerosos congresos nacionales e internacionales donde tuvo una destacada actuación.

**Jorge De Vecchi Gutiérrez,** hijo de Jorge De Vecchi Larralde, primer profesor de la especialidad en la cátedra de cirugía plástica. Comenzó su carrera docente en la cátedra de anatomía. Tempranamente sintió su atracción por la cirugía plástica y también allí inició su carrera docente, recorriendo todos los grados del escalafón, hasta culminar Grado V profesor titular de la especialidad y director del Centro Nacional de Quemados (CENAUQUE), en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", al suceder al Prof. Juan J. Hornblas. Concurrió a San Francisco (EUA), a la clínica del Prof. Harry J. Buncke (1922-2008), profesor de cirugía de las Universidades de Stanford y de



Jorge De Vecchi Gutiérrez

California, pionero de la microcirugía vascular reparadora, llamado el “padre de la microcirugía”. A su regreso realizó varias intervenciones de microcirugía en el Hospital de Clínicas; pero donde desarrolló más esta técnica fue en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado, compartiendo las guardias de emergencia con los Dres. Enrique Fossati y Alberto Irigaray durante mucho tiempo. En ese lugar fue donde realizó reimplantes digitales y de miembros en numerosas oportunidades.

En el año 1980 realizó una estadía con el Prof. Paul Tessier en París, enfocado al aprendizaje de la cirugía craneofacial, que no se hacía aun en Uruguay. Se integra un equipo en el Hospital de Clínicas con el apoyo de la cátedra, apoyo que es mantenido por el Prof. Hornblas después de suceder al Prof. De Vecchi Larralde. Se realizaron las primeras intervenciones en el año 1983, manteniéndose la actividad del equipo hasta la fecha, tratándose cientos de estos problemas en el país. El equipo multidisciplinario obtuvo Mención Honorífica por parte de la Academia Nacional de Medicina en el año 1985.

Desde el punto de vista asistencial también integra las instituciones COSEM y MP, además de tener actividad privada en cirugía estética.

Fue presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay, habiendo concurrido a numerosos congresos de la especialidad y publicado abundantes y calificados artículos científicos sobre la disciplina.

Fue presidente de la Federación Sudamericana de Sociedades de Cirugía de la Mano, y es miembro de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

**Carlos Carriquiry Kayel.** Carrera docente en Anatomía: Grado 1, Grado 2 titular y Grado 3 titular (Profesor Adjunto), en la Facultad de Medicina, U de la R, Montevideo, Uruguay. Por concursos de oposición y méritos o por llamado aspirantes.

Carrera docente en la Cátedra de Cirugía Plástica: Grado 2 (Asistente), Grado 3 titular (Profesor Adjunto), Grado 4 titular (Profesor Agregado) y Grado 5 titular (Profesor Titular), en la Facultad de Medicina, U de la R, Montevideo, Uruguay.

*Research Fellow* en la División de Cirugía Plástica de la Universidad de California, San Francisco. Premio en el Concurso de Residentes del

Congreso de la FILACP en Buenos Aires y también como Becario Fulbright.

*International Guest Scholar, American College of Surgeons.* Por llamado a aspirantes internacional. Visitando las Divisiones de C. Plástica de las Universidades de California en S.F., de Alabama en B., y de la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota.

*Visiting Professor,* en la División de Cirugía Plástica de la Universidad de Alabama, Birmingham. En calidad de invitado y Becario Fulbright.



Carlos Carriquiry Kayel

Autor de publicaciones en *Plastic and Reconstructive Surgery, Annals of Plastic Surgery, Techniques in Plastic Surgery, Journal of Trauma, Revista de Cirugía Plástica Ibero Latinoamericana, Revista Chilena de Cirugía Plástica,* y autor de capítulos en libros de la especialidad publicados en los EE UU, Brasil y Chile.

Socio Corresponsal Extranjero de las Sociedades Argentina y Chilena de Cirugía Plástica.

Los autores desean agregar que el Dr. Carriquiry tuvo una destacada actuación en el Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado. Ha realizado también, numerosos viajes al exterior, donde participó junto al Prof. Vasconez en el estudio y diseño de nuevos colgajos vascularizados para la cobertura de áreas cruentas en los miembros inferiores.

**Harry Giuria,** desde su comienzo se incorpora al extenso grupo de cirujanos que acompañan al Dr. Möller, tanto en el servicio que funciona en el Instituto Nacional del Cáncer, como en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología. En dicho Instituto es designado en un cargo para cumplir funciones en el servicio de cirugía plástica.

Desde el punto de vista mutual, ejerce cargos de cirugía plástica en diferentes Instituciones del medio sobre todo en MUCAM. Su carácter afable y su buena técnica quirúrgica lo han llevado a obtener una vasta experiencia en cirugía estética. Recuerda frecuentemente anécdotas de sus maestros Dres. G Möller, J. A. Castiglioni y Juan Vanerio.

**Héctor J. Juri Álvarez.**

**Títulos:** Doctor en Medicina, 21/Nov/1983.

Especialista en Cirugía General,  
24/mar/1987.

Especialista en Cirugía Plástica,  
31/Oct/1989.

**Cargos docentes por concurso:**

Asistente (Grado II), Cátedra de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Desde 24/Nov/1991 hasta 9/Mar/94. Concurso de oposición y méritos.

Profesor Adjunto (Grado III), Cátedra de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Desde 10/Mar/94 hasta la fecha. Concurso de méritos.

Profesor Agregado (Grado IV), Cátedra de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Desde 18 de Abril de 2002.

Profesor Titular Grado V, Cátedra de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Desde 11 agosto 2008 hasta 10 agosto 2015.

Director del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) desde agosto 2008 hasta agosto 2015.



### **Cargos asistenciales por concurso**

Cirujano plástico Grado II, Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (C.A.S.M.U.). Desde 1° Octubre de 1994 hasta 23 Marzo de 2000. Concurso de méritos.

Cirujano plástico Grado III; Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (C.A.S.M.U.). Desde 24 de Marzo de 2000 hasta 1° Julio de 2005. Concurso de méritos.

Cirujano Plástico Grado IV Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (C.A.S.M.U.). Desde 24 de Marzo de 2000 hasta la fecha. Concurso de méritos.

Jefe de Departamento Grado V de Cirugía Plástica del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay desde 1° abril 2006 hasta 30 octubre 2011. Concurso de méritos.

### **Actividad científica:**

48 Trabajos científicos presentados en eventos nacionales e internacionales, y publicados en revistas de la especialidad.

Asistencia a 62 cursos y congresos nacionales e internacionales de la especialidad.

Panelista y conferencista invitado en 33 eventos científicos de la especialidad.

### **Actividad internacional:**

Beca de post-grado en Japón. Cirugía Plástica, Cirugía de cabeza y cuello.

1987-1989.

Fellow en clínica e investigación en Japón. Universidad de Kochi. 1°/Jun/93 - 29/Ago/93.

Docente internacional de la Fundación AO (estudio de Osteosíntesis) de Suiza. Octubre 2001 hasta setiembre 2012.

Docente de la ISBI (International Society for Burn Injuries). Octubre 2009 hasta marzo 2013.



## **Actividad asistencial y de gestión actual (2021)**

Cirujano Plástico Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM). Consultante del Departamento de Cirugía Reparadora.

Cirujano Plástico de la Corporación Médica de Canelones (COMECA IAMPP) Consultante de Cirugía Plástica Regional Sur FEPREMI.

Adjunto a Dirección Técnica de la Corporación Médica de Canelones (COMECA IAMPP).

Actualmente integra el Equipo de Cirugía Cráneo Facial.

**Marisabel Ramírez**, fue en sus comienzos alumna del Dr. Möller en el Instituto de Traumatología. Al mismo tiempo comienza su labor en el servicio de cirugía plástica y quemados del Hospital Pereira Rossell. Ha tenido el gran mérito de interesar a las Autoridades de ese Centro y también del MSP, como para planificar, y finalmente llevar a cabo las construcciones necesarias para que se erigiera el Centro de Quemados de niños que es referencia Nacional, denominado UNIQUER. Allí se brinda una atención multidisciplinaria al niño quemado la que continúa posteriormente con la atención y cirugía reparadora de las cicatrices residuales. Además desde el punto de vista asistencial logró que dicho Hospital de Niños comenzara a ofrecer guardias de cirujanos plásticos permanentes por primera vez en Uruguay.

**Gonzalo Fossati Avilés**. Recibió las primeras enseñanzas de cirugía Plástica en el Servicio que dirigiera su padre Guillermo. Posteriormente concurre para realizar una pasantía a la clínica que dirigiera en Rio de Janeiro el Prof. Ivo Pitanguy, reconocido cirujano a nivel mundial como uno de los mejores cirujanos estéticos.

Actuó activamente en la organización del servicio de cirugía plástica del Hospital Pereira Rossell.

En el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, actuó en la remodelación que se realizó en la planta baja o zona de internación de pacientes. Una vez que el Dr. Irigaray renuncia a la Jefatura del Servicio, en 2008. El Dr. Gonzalo Fossati es designado Jefe de Servicio cargo que continua ejerciendo hasta el presente.

Impulsor de las tareas de investigación de los Médicos Residentes, ha logrado a través de dichas investigaciones numerosas distinciones Nacionales como Internacionales y reconocimiento a los jóvenes Médicos integrantes del Servicio del Hospital Pasteur. Fue entusiasta Presidente de la Sociedad Uruguaya durante varios períodos. Es un destacado cirujano que en la esfera privada realiza sobre todo cirugía estética y esa experiencia lo ha llevado a tornarse en un referente de esa subespecialidad en nuestro medio.



Dr. Gonzalo Fossati Avilés

**Alberto Elbaum**, concurrió desde su comienzo al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur. Al mismo tiempo realiza todas las Ayudantía Quirúrgicas de las cirugías del Dr. Irigaray, tanto en la esfera pública, Mutual o privada. En su momento tuvo cierta incertidumbre acerca de continuar con su Especialización y el Dr. Irigaray le brindó orientación y apoyo para que continuara con sus estudios hasta que recibiera el Título de Especialista. A ese fin se trasladó al Hospital de Clínicas donde finalmente terminó su Especialización obteniendo el Título de Cirujano Plástico. Tuvo un pasaje por el Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado, pero su actuación más destacada la realiza en MUCAM, donde asciende por todos los escalafones hasta obtener recientemente la Jefatura del servicio de cirugía plástica.

En la esfera privada, se dedica a la medicina Estética, sin abandonar la cirugía estética que la practica con total habilidad. Fue Presidente de la Sociedad Nacional de Medicina Estética así como Presidente de la Sociedad Internacional de dicha disciplina. En su clínica de adelgazamiento ha publicado numerosos libros acerca de ese tema.

De este **tercer período** que estamos analizando, que incluye a los cirujanos que se dedicaron en exclusividad a la Cirugía Plástica, recordamos dentro de los más antiguos a la Dra. **Irene Juñen**, que fue una

de las primeras cirujanas Plástica del Uruguay y trabajó en el Banco de Seguros y en CASMU, la Dra. Marisa Silva, Dr. Jesús Macri, Dr. Ángel Piriz, quien fuera el primer Jefe del servicio de cirugía plástica del Hospital Policial, Dr. Augusto Villar, Dr. Galileo Lépore, Dr. René Wolff, quien actuó durante años en Hospitales del Interior y actualmente se encuentra dedicado a la cirugía estética desde su clínica privada. Dr. López Garbarino, Dr. Carlos Breinfeld, Dra. María Cristina Zunino, Dr. Moisés Salgado.

Dentro de lo que sería la **segunda generación de cirujanos plásticos**, más contemporáneos, recordaremos al Dr. **Jesús Manzani** que luego de tener un pasaje por el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, comenzó a integrar por concurso los cuadros docentes de la Cátedra de Cirugía Plástica hasta obtener el cargo de GIV. Por varios períodos fue Presidente de nuestra Sociedad.

**Marta Calcagno**, de personalidad muy activa, tiene una etapa inicial en el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, obtiene un cargo del MSP, como Cirujana Plástica, que lo pasa a desempeñar en el Hospital de Rivera. Tuvo gran mérito al concurrir desde 1985 a 1995 como cirujana Plástica al Instituto de Hanseniano en Colón. De esa actividad redactó interesantes trabajos científicos. Viajó a Bolivia donde trabajó durante años. Allí la reconocieron como cirujana Plástica con especialización en Microcirugía. La Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica la nombra como integrante del Capítulo de Microcirugía. Actuó también en el Hospital Pereira Rossell integrando las guardias de la especialidad. Trabajó en cirugía estética.

Recuérdanse también al Dr. Mario Arcos, a la Dra. Jackeline Ramos, experta en malformaciones congénitas; Dra. María Lamas, Dra. Inés Palacio, destacada cirujana especializada en cirugía de malformaciones congénitas, Dra. Alejandra Ventós, Dr. Álvaro Ventós. Dr. Miguel Machín, Dra. Daisy Peri Vidal, quien ha colaborado con este libro escribiendo la historia de la cirugía plástica de la Asociación Española, Dr. Hugo Mercatini, Dr. Álvaro Chifflet, Dr. Gonzalo Macció, Dr. Alejandro Baldomir. Los Dres. J Curbelo Warren, Carlos Palacio, y Roberto Ortiz, que forman actualmente el equipo de microcirugía continuador del equipo iniciado por el autor de los años 80. Ellos tienen el gran mérito de haber realizado en el interior del país y por primera vez en el Uruguay una cirugía de transferencia libre de tejidos, utilizando técni-

cas de microcirugía vascular reparadora. Dr. Rafael Graciano, discípulo del Dr. G. Möller, trabajó en el Instituto de Traumatología llegando a su jefatura una vez retirado el Dr. Vanerio.

También representan a esta generación, la Dra. Beatriz Manaro, quien es directora de UNQUER y en varias ocasiones Presidenta de la Sociedad de Cirugía Plástica, Dra. Raquel Di Stefano actual Presidenta, Dra. Sylvia Gómez, Dr. Juan Araujo, Dr. Marcelo Marín, Dra. Sorrenti, Dr. Santiago Fossati, Dra. Adriana Martirena, Dra. Paola Corsino, Dra. Natalia Cortabarría, Dra. Fernanda Masdeu, Dra. Ana Infantozzi, Dra. Varinia Scaniello, Dra. Alejandra González, Dr. Carlos Arrúe, Dra. Verónica Paz, Dra. Gimena de los Ríos, Dr. Guillermo Coates, Dra. Laura Legrand, Dr. José Luis Grumberg , y Dr. Javier Seoane.

Queda un número importante de nuevos especialistas sin nombrar y como siempre se dijo, la ciencia es una escalera con infinitos escalones; estamos a una altura que llegamos gracias a que las anteriores generaciones subieron lo suficiente. Nuestra generación avanzó mucho y cuando se mira hacia atrás, parece que se subieron muchos escalones. Debe recordarse que no siempre en la historia los avances sucedieron a la velocidad de hoy. Jean Fauvet, gran historiador de la medicina, cuando se refiere a la Edad Media, dice que “podrían suprimirse diez siglos de la historia de la medicina sin interrumpir su evolución”. Por ello todo lo que se ha logrado avanzar en los conocimientos en los últimos 50 años parece increíble y casi se puede decir que en 50 años se avanzó tanto como todo el resto de la historia de la medicina. No debe incurrirse en engaño; recién está comenzándose a subir la escalera. Es bueno recordar la anécdota de quien hacía las certificaciones de las nuevas patentes de inventos a principios del 1900 en Nueva York, quien ante la avalancha de inventos que se presentaron, sugirió que se cerrara esa oficina, porque ya no quedaba nada más por inventar. En opinión del autor, debe considerarse que a pesar de los logros obtenidos, se está recién en el comienzo de los conocimientos básicos y los años venideros serán apasionantes por lo que se descubrirá y serán las nuevas generaciones las que tendrán esa misión.

## Capítulo 4

# BREVE HISTORIA DE LOS ANTIBIÓTICOS

ANTONIO L. TURNES

La humanidad, en su lucha contra las enfermedades infecciosas, ha recorrido un largo camino. La tuberculosis y la sífilis, fueron, por lejos, las que mayores empeños registran por encontrarles remedio. La sífilis, tal vez la que impulsó mayores búsquedas a través de los siglos, recorrió una sucesión de sustancias, que en su momento se presentaron como remedios salvadores. Los viejos tratamientos mercuriales, iniciados en el siglo XVI, en la época de Paracelso, hicieron eternos aquellos tratamientos tóxicos, que además eran terriblemente prolongados. Al extremo que se puso de moda la frase “Por una hora con Venus, veinte años con Mercurio”; o aquella otra sentencia latina: *Gravora quaedum sunt remedia periculus*, “Es peor el remedio que la enfermedad”, con que también se distinguió al tratamiento mercurial.

Luego de pasar por múltiples sustancias minerales y vegetales, se llega a los inicios del siglo XX, con los preparados arsenicales, seguidos más adelante por las sulfamidas, y por último el advenimiento de la penicilina. Las dos Guerras Mundiales representaron a su vez hitos en la aplicación extendida de estos nuevos fármacos, algunos de los cuales hasta hoy mantienen su reconocida eficacia.

Fueron instancias fundamentales los descubrimientos por Robert Koch (1843 – 1910) del bacilo de la tuberculosis, en 1882, de los descubrimientos de Louis Pasteur (1822 – 1895), particularmente en sus experimentos bacteriológicos que refutaron definitivamente la teoría de la generación espontánea y confirmó la teoría de la transmisión de las enfermedades infecciosas, y de Fritz Schaudinn (1871 – 1906) que en 1905 descubrió el *Treponema pallidum*, agente causal de la sífilis. Sobre estas bases, en la primera mitad del siglo XX, aparecerían las sustancias luego denominadas antibióticos, que cambiarían dramáticamente la evolución de las enfermedades transmitidas por bacterias y permitirían los grandes avances de la medicina y cirugía. Este largo recorrido está sintetizado en las páginas siguientes.

## LA TERAPÉUTICA DE LA SÍFILIS

Una hora con Venus,  
veinte años con Mercurio.

Es peor el remedio  
que la enfermedad.

### A COMIENZOS DEL SIGLO XX <sup>17</sup>

Una Guía Formulario de Terapéutica de V. Herzen, publicada en París, en 1917 <sup>18</sup>, permite tener una aproximación a lo que eran las pautas de tratamiento para la sífilis en la época, provenientes de uno de los centros mundiales de mayor prestigio anterior. Ante todo, *higiene rigurosa*; tomar mucho aire. Ordenar al paciente realizar gimnasia, esgrima, equitación, ciclismo, caza, evitando las fatigas. Recomendar al enfermo dormir regularmente de 7 a 8 horas por noche y renunciar a los trabajos intelectuales exagerados y a la vida mundana. Nada de alcohol, un poco de vino con las comidas, proscribir el tabaco. Combatir toda intoxicación crónica (alcoholismo, saturnismo, morfínomanía, etc.), tratar la anemia, las diátesis y el paludismo crónico, si ellos

17 TURNES, Antonio L.: La sífilis en la Medicina. Ediciones Granada, 2007; 247 páginas. En: [smu.org.uy/publicaciones/libros/textocompleto/la\\_sifilis\\_medicina.pdf](http://smu.org.uy/publicaciones/libros/textocompleto/la_sifilis_medicina.pdf)

18 HERZEN, V.: Guide – Formulaire de Thérapeutique, Neuvième édition. Paris, Librairie J. B. Baillié et Fils, 1917, 1096 páginas.

existieran. Respecto a la *higiene moral* : reconfortar y esclarecer a los enfermos: representarles la situación tal como ella es y no como ellos se la imaginan; decirles que la sífilis es una enfermedad, que como tantas otras, puede curar, a condición de que se la trate, y que tratada, ella deja a sus víctimas bien tranquilas; que les permitirá el matrimonio, luego de un cierto tiempo de depuración (3 a 4 años), y que les permitirá, asimismo, tener la esperanza de una procreación y un futuro sanos y sólidos, etc. (siguiendo a Fournier). Pero era necesario superar los largos tratamientos mercuriales, con sus graves efectos tóxicos.

## TRATAMIENTOS MERCURIALES

Respecto a la dirección general del tratamiento de la sífilis, si se trata del chancro sifilítico indudable: preconiza comenzar de inmediato el tratamiento específico (hidrargirio o arsenobenzol); el retardo, atenúa o suprime la primera oportunidad. Si se trata de un chancro dudoso: esperar, para instituir el tratamiento específico, la aparición de las manifestaciones secundarias (roseola) y cuidarse de prescribir el mercurio o de emplear el arsenobenzol en tanto el diagnóstico sea dudoso. En todo sifilítico (en período secundario) emplear el método de los *tratamientos sucesivos o tratamiento crónico intermitente*, que consiste en una serie de curas, mercuriales de entrada, yoduradas más tarde, escalonadas al curso de los primeros años de la enfermedad y separados unos de otros por períodos de reposo, en tanto más prolongados cuanto se retrasa el comienzo del tratamiento o de la infección. O mejor, practicar tres o cuatro inyecciones de *arsenobenzol* y ordenar enseguida el tratamiento mercurial crónico intermitente, restando el mercurio de la medicación corriente, a la medicación de fondo.

En cuanto al esquema de aplicación del tratamiento mercurial y el yodurado crónico e intermitente: *Primer* tratamiento mercurial (10 cgr de protoyoduro diariamente, por ejemplo) de 8 semanas de duración, seguido de un período de reposo de alrededor de 4 a 6 semanas. *Segundo* tratamiento mercurial, de una duración de 6 semanas, seguido de 2 a 3 meses de reposo. *Tercer* tratamiento, durante el mismo tiempo, seguido de un período de desacostumbramiento de 3 meses. *Cuarto* tratamiento mercurial de 6 semanas. Los cuatro tratamientos mercuriales realizados en el curso del primer año; continuar con 3 tratamientos

en el curso del segundo año y con 2 en el tercero. En el curso del tercer año, comenzar a administrar el *yoduro de potasio*, él también por *curas intermitentes*, de 4 a 6 semanas, según la tolerancia gástrica y a la dosis de 3 gr por día. Prescribir 4 curas al curso del primer año de este tratamiento (3er año de tratamiento), alternando con las curas mercuriales; tres curas en el año siguiente (4to año de tratamiento); dos en el curso del año siguiente. Luego de este tratamiento, continuar administrándole *yoduro a perpetuidad*, a razón de dos curas de seis semanas por año (según Fournier).

Recordar siempre que el sujeto sífilítico está amenazado particularmente del quinto al décimo año por las tres grandes complicaciones de la sífilis tardía: la sífilis cerebral, el tabes, la parálisis general; ordenar por consecuencia durante este período las *curas mercuriales complementarias o de refuerzo*, semestrales, pero enérgicas: fricciones mercuriales, una media docena de inyecciones de aceite gris con 6 a 8 cgr de mercurio, estada en una estación sulfurosa (según Fournier).

Con el tratamiento mercurial, no olvidar que la *medicación puede ocasionar algunos accidentes*: estomatitis, trastornos gastro-intestinales, trastornos nutritivos y dermatosis que constituyen la hidrargiria y *que es necesario prevenir examinando el funcionamiento de los emuntorios* (riñón, hígado, etc.), antes de comenzar cualquier tratamiento hidrargírico, y *vigilar atentamente la depuración urinaria* en los sujetos sometidos a la medicación mercurial, porque, por una parte, la eliminación ordinaria del mercurio es suprimida en aquellos que presentan albuminuria, y por otra parte, la administración prolongada de mercurio puede producir alteraciones renales. Además *mantener en buen estado la boca del sujeto a quien se le administrará mercurio*: prescribir lavados cotidianos con una solución de clorato de potasio, o mejor con *agua oxigenada*, cortada con tres partes de agua hervida, y el cepillado dental, mañana y noche, con un polvo dentífrico (carbón, carbonato de cal, etc.). Recurrir a la ablación preventiva del sarro dentario, a la obturación de todas las piezas cariadas, a la extracción de las raíces y a la supresión de una prótesis capaz de excoriar las encías. Descartar cualquier causa de irritación de la boca (tabaco, alcohol, alimentos picantes y ácidos, licores, bebidas calientes). Puede hacerse penetrar el mercurio en la economía por la vía cutánea, por la vía respiratoria, por la vía estomacal, por la vía subcutánea, y por la vía sanguínea.



## LOS MEDICAMENTOS DEL POSITIVISMO:

### LAS BALAS MÁGICAS

Los fármacos anteriores al siglo XIX eran resultado de observaciones empíricas o de la aplicación a la terapéutica de sistemas fisiológicos fundamentados en teorías y construcciones filosóficas. Por vez primera surge a lo largo del siglo XIX una farmacología experimental que ensaya sistemáticamente el efecto terapéutico de las sustancias susceptibles de ser utilizadas como medicamentos.

En la figura de Paul Ehrlich (1854 – 1915), Premio Nobel de Medicina en 1908 <sup>19</sup>, puede quintaesenciarse la farmacología positivista. Su intención era convertir el medicamento en una “bala mágica” capaz de matar los gérmenes patógenos sin producir lesión alguna en el organismo sano: la especificidad absoluta del remedio carente por completo de efectos secundarios nocivos. Sus reiterados experimentos iban en ese sentido y de ahí sus centenares de ensayos con las sustancias, modificándolas hasta que se aproximaban a ese ideal de actuar como “balas mágicas”, tan benéficas como privadas de efectos perjudiciales.

La farmacia del positivismo, inspirada por el principio enunciado explícitamente por Ehrlich, concede más importancia a la acción terapéutica de los fármacos así ensayados que a la curativa de la naturaleza y a las normas higiénicas y dietéticas. El descubrimiento de fármacos realmente activos y eficaces, comprobados experimentalmente y ensayados para conocer sus efectos secundarios y sus contraindicaciones, conduce directamente a la farmacia del siglo XX, con el espectacular desarrollo de los fármacos, convertidos en el principal recurso médico contra la enfermedad. Su uso excesivo e indiscriminado, carente del necesario control, producirá la denominada “plétora o invasión farmacéutica”, característica de una sociedad de abundancia, medicada hasta la saturación.

Además de su obra teórica, Paul Ehrlich consiguió introducir en terapéutica dos medicamentos que han pasado a la historia de la farmacia y de la medicina. Se trata del Salvarsán ó 606 (denominado así por haberse investigado en esa serie 605 productos antes) y del Neosalvarsán ó 914 (siguiendo la misma cuenta), fármacos arsenicales ad-

<sup>19</sup> EHRlich, Paul (nacido en Strehlen, Silesia, hoy Stzelin, Polonia, el 14 de marzo de 1854; fallecido en Hamburgo (Alemania) el 20 de agosto de 1915. Fue bacteriólogo alemán. Obtuvo el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, compartido con el ruso Ilya Mechnikov, en reconocimiento al trabajo de ambos en la química inmunológica. [http://es.wikipedia.org/wiki/Paul\\_Ehrlich](http://es.wikipedia.org/wiki/Paul_Ehrlich)

ministrados contra la sífilis, que no fueron desplazados como agentes antivenéreos hasta la época de los antibióticos.<sup>20</sup>

Hasta la culminación de las experiencias de P. Ehrlich, la quimioterapia sintética era claramente sintomática. Los investigadores buscaban disponer de fármacos más eficaces que los extraídos de la materia médica tradicional. La síntesis del hidrato de cloral (Liebig, 1832), del ácido salicílico (Kolbe y Lautemann, 1860), y de la estovaina (Foureaux, 1904), ilustran las tres líneas básicas seguidas por la quimioterapia sintética durante el siglo XIX y la primera década del siglo XX, es decir, obtención de hipnóticos, analgésicos y anestésicos locales más poderosos que los procedentes de la naturaleza.

Paul Ehrlich había destacado en varios campos de la ciencia, con sus investigaciones de tinción diferenciada de células sanguíneas; empleó para ello numerosos colorantes de síntesis y pudo observar los interesantes efectos que producían no sólo sobre tejidos animales, sino también sobre determinados microorganismos. Unna había utilizado el ictiol y la resorcina en el tratamiento de algunas afecciones dermatológicas. Koch usó como antiséptico el verde de malaquita. Ehrlich y Guttman publicaron en 1891 los trabajos confirmando que el azul de metileno mataba *in vitro* los parásitos de la malaria. Esto puede considerarse como la iniciación de los experimentos quimioterápicos de Ehrlich, tratando de encontrar la *bala mágica*, es decir, un colorante letal para el tripanosoma pero que no lesionara el organismo del animal infestado.

Ehrlich, gran lector de trabajos científicos, conocía los estudios de Laveran, demostrativos de la capacidad del ácido arsenioso de destruir transitoriamente los tripanosomas de la enfermedad del sueño. En 1902 Ehrlich da comienzo a la tarea de modificar la estructura química de una serie de colorantes hasta conseguir, después de más de quinientos ensayos, dar con uno que se mostrara prometedor: la benzopurpurina. Para facilitar la difusión de la benzopurpurina en los tejidos, Ehrlich introdujo un grupo sulfúrico, obteniendo el nuevo colorante rojo de tripán, capaz de proteger a los ratones de experimentación frente a dosis letales de tripanosomas. Aunque el rojo de tripán demostró ser

20 HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A. Madrid, 1986. 2 tomos, 840 páginas. ( Tomo II. Páginas 532 – 533).

eficaz sólo en determinadas especies, estaba dado el paso inicial de la terapéutica etiológica.

## LOS ARSENICALES, SALVARSÁN, NEOSALVARSÁN

Las enfermedades producidas por protozoos (tripanosomiasis, sífilis) venían siendo tratadas, con resultados inciertos y alto riesgo terapéutico, con derivados orgánicos del arsénico, el más utilizado en clínica era el ácido arsánico conocido como *atoxil*. Obtenido en 1860 por Bechamp, había sido incorporado a la terapéutica por Blumenthal y utilizado para combatir la enfermedad del sueño por científicos de gran renombre, entre ellos Roberto Koch. El atoxil, de evidente capacidad tripanomicida, y peligrosos efectos colaterales que podían ocasionar la muerte del paciente, fue elegido por Ehrlich como molécula básica de su línea de experimentación. En 1907, él y el químico Bertheim determinaron la fórmula estructural correcta del atoxil, señalando que la ausencia de actividad parasiticida del atoxil in vitro, era debida al arsénico pentavalente que en el organismo se reducía a trivalente activo sobre los tripanosomas. La reducción del arsénico del atoxil o la incorporación de cadenas laterales modificaba notablemente las propiedades farmacológicas del compuesto inicial.

El descubrimiento por Schaudinn (1905) del *Treponema pallidum* como agente etiológico de la sífilis y la comprobación de las múltiples analogías existentes entre el tripanosoma y la espiroqueta, unido a la posibilidad de reproducir las lesiones sifilíticas en animales de experimentación, llevaron a Ehrlich y a sus inmediatos colaboradores (Bertheim, Shiga, Hata) a extender la línea de investigación hacia la consecución de fármacos activos en el tratamiento de los dos tipos de enfermedades producidas por protozoos.

Ehrlich modificó sistemáticamente la estructura del atoxil y obtuvo cientos de derivados arsenicales, que eran cuidadosamente ensayados en su actividad y toxicidad en los laboratorios de terapéutica experimental.

En 1909, Ehrlich depositó en Sachahiro Hata la responsabilidad de ensayar la serie 600 de los derivados del atoxil. El compuesto número 606 o dioxidiamidoarsenobenzol demostró poseer una notable acción

curativa y profiláctica de las lesiones sifilíticas como no se había observado en compuesto alguno hasta el momento, al mismo tiempo, los efectos colaterales adversos eran de menor intensidad que los producidos por el atoxil. Ehrlich denominó al nuevo compuesto *salvarsán*, es decir, salvación por el arsénico. El salvarsán constituía el primer agente quimioterápico específico eficaz, obtenido por síntesis. Sin embargo no era un fármaco inocuo, su utilización en clínica demostró su capacidad de provocar reacciones tóxicas que podían desembocar en la muerte del paciente.

Buscando la *bala mágica*, Ehrlich introdujo en 1912 el *neosalvarsán*, compuesto que correspondía al derivado número 914 del atoxil, activo en el tratamiento de la sífilis y mucho más fácil de manejar por el médico por cuanto forma soluciones neutras que eliminan el peligro de las necrosis locales. El neosalvarsán es el producto de condensación del salvarsán con el formaldehidosulfoxilato sódico.

Ehrlich había logrado, con la brillante creación del salvarsán, sentar las sólidas estructuras de la quimioterapia etiológica.

## **LAS SULFAMIDAS**

Dos años antes del descubrimiento del salvarsán, P. Gelmo, químico especializado en colorantes, había sintetizado un interesante compuesto: la para-aminobenceno-sulfonamida, la cual era, según decía, activa frente a determinados microorganismos. Las observaciones de Gelmo pasaron desapercibidas en el mundo científico hasta el redescubrimiento de su capacidad bacteriostática veinticinco años después.

En 1932, los químicos F. Mietzsch y J. Klarer, sintetizaron un nuevo colorante obtenido por introducción en el núcleo azoico del grupo sulfonamida en posición para. El nuevo colorante fue patentado con el nombre de Prontosil rojo y fue sometido a los ensayos in vitro de rutina en los cuales demostró ser totalmente inactivo.

Pero Gerhard Johannes Paul Domagk (1895 – 1964), director del laboratorio de quimioterapia de la Bayer, había montado un nuevo método de experimentación animal para comprobar la actividad antibacteriana de los compuestos sintetizados en los laboratorios químicos. Su fina intuición le hace someter a la experimentación in vivo

el prontosil que había resultado absolutamente inoperante in vitro. En el animal entero, el prontosil demuestra una actividad antibacteriana de magnitud hasta entonces desconocida, capaz de proteger y curar a los ratones de experimentación que han recibido dosis letales de cultivos de estreptococos y además demuestra ser inocuo para el organismo del animal. A pesar de los resultados obtenidos en el laboratorio y de la comprobación de sus efectos antibacterianos en el hombre, Domagk no publica sus investigaciones hasta 1935 bajo el título de *Contribución a la quimioterapia de las infecciones bacterianas*.



GERHARD JOHANNES PAUL DOMAGK

Los trabajos de Domagk son comprobados por científicos de diversos países. En el Instituto Pasteur de París, los esposos Trefouëls investigaron la paradójica actividad del prontosil, activo in vivo pero no in vitro, y demostraron que en el organismo animal se produce la ruptura del puente azoico del prontosil, quedando libre el grupo sulfanilamido que es en realidad el responsable de la actividad bacteriostática del prontosil.

En 1936 los trabajos de Ernesto Fourneau <sup>21</sup> y colaboradores confirman que la sulfanilamida como tal es tan efectiva como el prontosil para controlar las enfermedades producidas por bacterias.

Colebrook, en Inglaterra, comprueba la efectividad del prontosil para combatir las fiebres puerperales, cuya tasa de mortalidad giraba en torno al 28%, logrando disminuirla al 8%, siendo el primer tratamiento efectivo en este tipo de infecciones, casi noventa años después de las experiencias de Semelweiss. Con el descubrimiento del poder

21 FOURNEAU, Ernesto. Farmacéutico francés descubridor de la estovaina y el estovarsol entre otras muchas sustancias, y que demostró que la sulfanilamida, era el principio que actuaba contra las bacterias en el prontosil, nombre con el que se comercializó por los alemanes el primer específico antibacteriano.

antibacteriano de la sulfanilamida se inicia la etapa más brillante de la historia de la quimioterapia. Comienza la búsqueda de sulfonamidas con actividad específica frente a gérmenes distintos.

En el corto período de tiempo comprendido entre 1938 y 1942 se desarrollan gran número de derivados de sulfonamidas, se introducen sucesivamente en la terapéutica el sulfatiazol, la sulfacetamida, la sulfametacina y la sulfaguanidina, por nombrar algunas. La sulfaguanidina, de baja solubilidad, fue de enorme utilidad en la Segunda Guerra Mundial para el tratamiento de la disentería bacilar que dieztaba las tropas aliadas que luchaban en el Lejano Oriente.

El éxito terapéutico alcanzado por las sulfamidas, primeros agentes quimioterápicos activos para combatir las infecciones bacterianas, fue rápidamente superado por el sensacional descubrimiento de la terapia por antibióticos.<sup>22</sup>

## LA PENICILINA Y LA ERA ANTIBIÓTICA

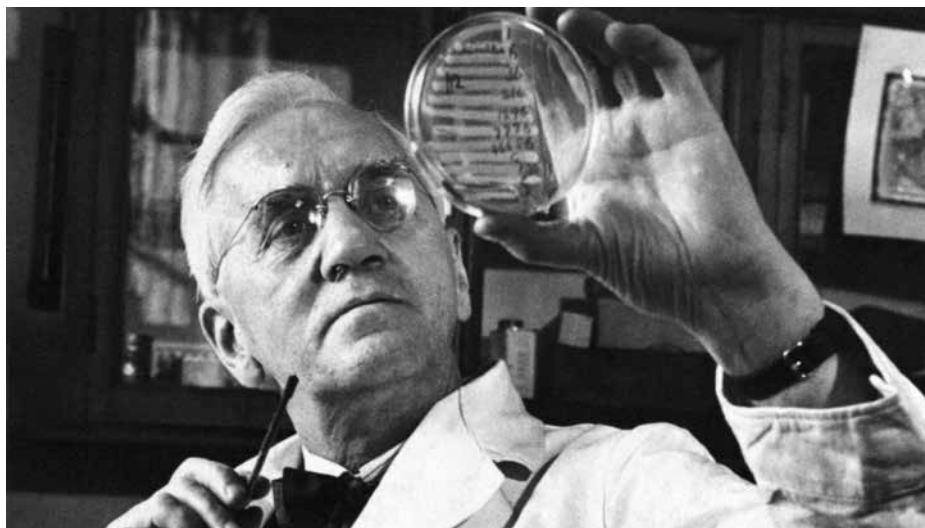
La era de los antibióticos no comenzó hasta que Alexander Fleming (1881 – 1955) publicó los resultados de sus observaciones.

Sir ALEXANDER FLEMING, fue un médico e investigador nacido en Escocia. Es el descubridor de la proteína antimicrobiana llamada lisozima y de la penicilina. Hasta la 1ª. Guerra Mundial trabajó como médico microbiólogo en el Hospital St. Mary de Londres y profesor de Bacteriología de la Universidad de Londres. Durante su condición de estudiante, Fleming ganó la beca en ciencias nacionales del mencionado Hospital, y tras una brillante carrera académica, en la que obtuvo diversos premios, logró en 1908, juntamente con su grado de bachiller en Medicina de la Universidad de Londres, la medalla de oro de la misma institución. Fleming se caracterizó siempre por su perseverancia y amor a la profesión que abrazó. Durante la 1ª. G.M. fue médico militar en los frentes de Francia, quedando impresionado por los resultados de la mortalidad causada por la gangrena gaseosa en los heridos de metralla. A partir de 1920 estudia el antagonismo microbiano y en 1922 descubre la *lisozima*. De regreso al St. Mary investigó sustancias antimicrobianas y descubrió la producida por el moho *Penicillium no-*

22 HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A. Madrid, 1986. 2 tomos, 840 páginas. (Páginas 547 – 550).

*tatum*, que publicó en el *British Journal of Experimental Pathology* en 1929. Accidentalmente el azar tejió ufano en la tela de su vida. Durante unas pruebas de laboratorio, olvidó colocar la cubierta sobre una caja de Petri en la cual estaba cultivando gérmenes de supuración, esto es, estafilococos, en un medio de agar que proporcionaba alimento a los cultivos. Tiempo después vio que la placa estaba cubierta de moho. El ojo alerta de Fleming advirtió, con sorpresa, que donde quiera que se encontraba el moho, los gérmenes desaparecían. Fue una revelación, pues no le cupo duda que el moho devastaba las colonias de los gérmenes. Fleming descubrió, así la *penicilina*, potente microbicida que hace basar buena parte de la terapéutica actual en los procesos infecciosos. El investigador identificó el moho: era el *penicillium notatum*. Una sola parte diluida en 24.000.000 basta para impedir el desarrollo de bacterias patógenas e infecciosas. La penicilina impide el desarrollo de muchas de ellas; en cambio, es inocua para otras. Es de gran efecto sobre el estafilococo, el estreptococo, el neumococo, el meningococo y aún para los gonococos. Tiene su origen en el mencionado hongo. La sustancia antimicrobiana se produce en una solución diluida, conteniendo otras sustancias, las cuales son capaces de llegar hasta destruir el principio buscado. Por eso se la debe concentrar eliminando las impurezas y luego secarla. Para llegar a obtener la penicilina del hongo, hubo primero que conocer hasta sus hábitos, ya que su cultivo sobre ciertas sustancias no producía el hongo *penicillium*; sobre ciertas otras, muy poco, y, en cambio, en abundancia sobre otras. Esto llevó tiempo. La comunidad científica no le prestó atención, a aquella comunicación científica inicial, pensando que era útil sólo para tratar infecciones banales. El antibiótico despertó el interés de los investigadores norteamericanos durante la 2ª. Guerra Mundial, quienes intentaban emular a la medicina militar alemana, que disponía de las sulfamidas. Los químicos Ernst Boris Chain y Howard Walter Florey desarrollaron el método apropiado para purificarla y producirla. En 1945 Fleming compartió con ellos el Premio Nobel de Medicina y Fisiología. En su modestia, su descubridor aseguró que el hallazgo, era “una colaboración entre el hombre y la naturaleza”. Sir Alexander Fleming fue enterrado como héroe nacional en la Catedral de San Pablo, en Londres. Se le considera el iniciador de la llamada “Era de los antibióticos”.<sup>23</sup>

23 [http://www.es.wikipedia.org/wiki/Alexander\\_Fleming](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Alexander_Fleming) . Complementada la información con la suministrada por: PREMIOS NOBEL: La Fundación y biografías de los galardonados, por Santos Salvaggio, Biblioteca Hispania, Editorial Ramón Sopena, S.A., Barcelona, España, 1981, 640 páginas. (Páginas 301 – 303).



Sir ALEXANDER FLEMING

En 1896, Ernest Duchesne, un estudiante de medicina francés, demostró la actividad antibacteriana del *Penicillium glaucum* y publicó sus hallazgos en su tesis; la observación no llamó la atención entonces.<sup>24</sup>

El descubrimiento de la penicilina debe catalogarse entre los “cuentos de hadas de la medicina”. Este valiosísimo agente, que posee un poder sorprendente para interrumpir la proliferación de ciertos microbios, se extrae de un moho (*Penicillium notatum*) que antes había sido considerado como una plaga desagradable, lo mismo que las polillas y los óxidos que alteran y destruyen, pero que ahora debe ser considerado en la misma categoría del sapo, al cual consideraban nuestros abuelos como un animal “horrible y venenoso, pero que llevaba una piedra preciosa en su cabeza”. Los mohos se esconden en los rincones húmedos, echan a perder nuestras conservas, y son un signo de decadencia y muerte donde quiera que aparecen; además tienen una inclinación especial por los medios nutritivos en que el bacteriólogo cultiva los gérmenes con que está experimentando, y destruyen mucho de su trabajo al invadirlos y extenderse sobre ellos sus propias colonias. El caso fue que una simple observación – muy al estilo de Pasteur – dio origen al descubrimiento.<sup>25</sup>

24 MANDELL, Gerald L. y SANDE, Merle A., Las Penicilinas, en: GOODMAN GILMAN, Alfred, GOODMAN, Luis S., y GILMAN, Alfred: Las Bases farmacológicas de la terapéutica. Sexta edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1982, 1756 páginas. Página 1106.

25 HAYWARD, J. A. : Historia de la Medicina. Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México, 1956, 321 páginas. Pág. 198.



En 1928, Fleming, en el transcurso de sus investigaciones sobre los efectos de los antisépticos frente a diversos microorganismos, vio que uno de los cultivos de estafilococos había sido contaminado accidentalmente por un moho. El hongo contaminante producía un interesante proceso de lisis de las colonias vecinas de estafilococos y formaba a su alrededor un halo de inhibición. Interesado en el fenómeno, Fleming utilizó para su estudio una serie de técnicas originales desarrolladas años antes por su equipo para estudiar el efecto de la lisozi-  
 ma. El moho era capaz de inhibir microorganismos gram positivos, especialmente estafilococos, estreptococos y bacilos diftéricos como se evidencia por la ausencia de crecimiento bacteriano en las regiones del agar vecinas al cultivo de moho. Fleming denominó penicilina a la sustancia responsable de la inhibición bacteriana y el micólogo del hospital identificó el moho como *Penicillium rubrum*. El gran éxito de Fleming fue la exacta interpretación del proceso observado. La penicilina resultaba activa en diluciones extremadamente altas y demostraba carecer prácticamente de toxicidad. El paso siguiente fue tratar de aislar y purificar la sustancia producida por el *Penicillium*. La falta de conocimientos químicos adecuados impidió que Fleming progresara en sus investigaciones. Publicó los resultados en una serie de artículos, el primero de los cuales apareció en 1929, sin lograr despertar ningún interés en el mundo científico.

El bioquímico Raistrick y sus ayudantes, interesados en el estudio de los mohos, abordaron la empresa de aislar la penicilina. Entre los años 1930 y 1932, Raistrick mejoró el caldo de cultivo del *penicillium*, que había sido clasificado correctamente por el micólogo norteamericano Ch. Tom como *Penicillium notatum*, obteniendo mayores rendimientos. Sin embargo, al tratar de extraer el principio activo, la penicilina se perdía.

En realidad no fue hasta la introducción de las sulfonamidas, en 1935, cuando los medios científicos comenzaron a considerar como posibilidad real la quimioterapia de las infecciones bacterianas. Fleming fue de los primeros en aceptar la terapia por sulfonamidas así como había aceptado y utilizado en su momento la terapéutica con salvarsán.



Sir HOWARD WALTER FLOREY



ERNST BORIS CHAIN

**Sir HOWARD WALTER FLOREY**, (nacido en Adelaida, Australia, el 24 de setiembre de 1898 y fallecido en Oxford, Inglaterra, el 21 (26 según una de las fuentes citadas) de febrero de 1968). Farmacólogo australiano. Graduado en Adelaida, se trasladó luego a Oxford para investigar mohos y bacterias. Realizó estudios en el Magdalen College de Oxford y de filosofía con Sherrington en la Universidad de la misma ciudad, con Krogh en Copenhague y con Bouin en Estrasburgo. Perfeccionóse en Madrid, en el Instituto Ramón y Cajal. En 1935 fue nombrado profesor de patología de Sir William Dunn, de Oxford. Florey dio realidad práctica al notable descubrimiento de Alejandro Fleming: la *penicilina*. Este había descubierto en 1929 el producto bactericida del hongo *penicillium notatum*, trabajando sin desmayos para obtenerlo puro, a los fines terapéuticos, pero sin conseguirlo. Era posible disolver la penicilina en el éter y extraerla así del moho, mas lo dificultoso era liberarla del éter y capacitarla para ser usada. Merced a su empeño y perseverancia y también por la valiosa cooperación que le prestaron su esposa, el joven médico alemán Ernesto Chain, los facultativos Leslie Falk, estadounidense, y Norman Heatley, británico, pudo liberarla del éter y producirla pura en solución acuosa.

De esta suerte nació la penicilina estable y libre de impurezas. Florey verificó su poder bactericida, su específico influjo bacterioscópico, su acción sobre los glóbulos rojos y tejidos, así como la eliminación, dosificación, etc., incorporando a la terapéutica contemporánea una de las más poderosas armas para la preservación contra enfermedades de complicado tratamiento profiláctico hasta entonces. A mediados de 1941, Florey y Heatley se trasladaron a Estados Unidos para proseguir sus trabajos (durante la guerra) iniciándose poco después la fabricación de penicilina en gran escala. Avanzando el tiempo, Florey integró una comisión científica angloestadounidense que se trasladó a Moscú, visitando Nueva Guinea, Australia y Nueva Zelanda, indicando normas para la fabricación y tratamiento con la droga. En 1945 compartió el Premio Nobel con dicho descubridor y con Ernst Boris Chain. Posee, además, título nobiliario conferido por los reyes de Inglaterra, y otros diversos adjudicados por instituciones científicas.<sup>26</sup>

**ERNST BORIS CHAIN, Ernst Boris (1906 – 1979).** Médico alemán. Nació en Berlín en 1906. Doctor en la Universidad de Oxford (Inglaterra). Súbdito británico. Codescubridor de la penicilina en su estado de pureza. Con fondos provenientes de las subvenciones de la Fundación Rockefeller y del Consejo Británico de Investigación Médica, este joven médico trabajó incansablemente junto al gran maestro australiano Howard Walter Florey, coadyuvando eficazmente a la purificación de la penicilina. Hacia 1929, Alexander Fleming había descubierto la nueva droga del hongo *penicillium notatum*, pero le era muy dificultoso obtenerla libre de impurezas, apta para ser usada en terapéutica. Esa misión le estaba reservada a otros hombres de ciencia, entre los que se encontraba Chain. Fleming se puso en contacto con Florey y este inteligente patólogo, profesor de Oxford, inició los correspondientes trabajos tendentes a producir penicilina en estado puro. Entre sus colaboradores inmediatos se encontraban su esposa, Chain, Leslie Falk y Norman Heatley. Trabajaron todos con inusitados esfuerzos hasta conseguir ver coronados sus esfuerzos con el éxito (1940), esto es, hallar la forma y manera de purificar la penicilina. Los

<sup>26</sup> [http://www.es.wikipedia.org/wiki/Howard\\_Walter\\_Florey](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Howard_Walter_Florey) (Complementada la información con la suministrada por: PREMIOS NOBEL: La Fundación y biografías de los galardonados, por Santos Salvaggio, Biblioteca Hispania, Editorial Ramón Sopena, S.A., Barcelona, España, 1981, 640 páginas). (Páginas 303 – 304).

investigadores, trabajando en común, verificaron su poder bactericida y su específica acción bacteriostática, como así también su acción sobre los glóbulos rojos y los tejidos, la eliminación y dosificación, comprobando con optimismo que era inocua para el organismo y no dejaba secuelas. Fleming, Florey y Chain obtuvieron el premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1945. Director científico del Centro Internacional de Investigaciones Microbiológicas de Roma, estudió el metabolismo intermedio de microorganismos, especialmente el problema de la biosíntesis de la penicilina y la formación de ácidos orgánicos por hongos. Dirigió trabajos sobre el metabolismo el sistema nervioso y del cerebro y sobre la acción de la insulina, en el Departamento de Bioquímica del Instituto Superior de Sanidad de Roma, en que fue Director. Murió el 14 de agosto de 1979. (Tomado de PREMIOS NOBEL. La Fundación y biografías de los galardonados, por Santos Salvaggio. Biblioteca Hispania. Editorial Ramón Sopena, S.A., Barcelona, España, 1981, 640 páginas. (Páginas 300 – 301).

Los trabajos de Dubos estimularon a dos científicos de Oxford, Florey y Chain, en la búsqueda de compuestos antimicrobianos de origen natural. Les llamó la atención los estudios de Fleming sobre la lisozima y a través de ellos conocieron las investigaciones con la penicilina. Ayudados por la Fundación Rockefeller, Florey y Chain reprodujeron los trabajos de Fleming y de Raistrick, comprobando la inestabilidad de la penicilina. En 1939 todo el asunto de los usos terapéuticos de la penicilina, de su eficacia como agente bacteriostático, de su cultivo y extracción, y de su estandarización, fue abordado por el profesor Florey y sus colaboradores de Oxford, y el resultado de sus investigaciones apareció en un trabajo ahora histórico, que fue publicado en el *Lancet*, en agosto de 1941.<sup>27</sup>

Para esa época, la penicilina amorfa cruda tenía sólo 10% de pureza y se necesitaban casi 100 litros del caldo en el que se había cultivado el hongo para obtener suficiente antibiótico para tratar a un paciente durante 24 horas. Herrell (1945) relata que el grupo de Oxford llegó a usar enormes recipientes para cultivos de *P. notatum*. El caso No. 1 del informe de 1941 de Oxford era un policía que sufría de una severa infección mixta estafilocócica y estreptocócica. Se lo trató con peni-

27 HAYWARD, J. A. : Historia de la Medicina. Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México, 1956, 321 páginas. Pág. 199.

cilina, recuperada en parte de la orina de otros pacientes que habían recibido la droga. Se dice que un profesor de Oxford describió a la penicilina como una sustancia notable, cultivada en “chatas” (bedpans) y purificada por su paso a través de la policía local. La expansión del programa clínico exigió la producción de cantidades de penicilina más grandes de las que podían obtenerse en el laboratorio, y pronto se inició un amplio programa de investigación en los Estados Unidos. Durante 1942, 122 millones de unidades de penicilina se pusieron a disposición de los interesados, y los primeros ensayos clínicos se llevaron a cabo en la Universidad de Yale y en la Clínica Mayo, con resultados espectaculares. En la primavera de 1943, 200 pacientes ya habían sido tratados con la droga. Los resultados fueron tan llamativos que el General Surgeon de los Estados Unidos autorizó ensayos del antibiótico en un hospital militar. Poco después la penicilina se adoptó en todos los servicios médicos de las fuerzas armadas del país. En el verano de 1943 se publicaron los resultados clínicos en 500 pacientes (National Research Council, 1943). El procedimiento de fermentación profunda para la biosíntesis de la penicilina se desarrolló en los Northern Regional Research Laboratories del Departamento de Agricultura, Peoria, Illinois, y significó un progreso fundamental en la producción en gran escala del antibiótico. De una producción total de pocos centenares de millones de unidades por mes en los primeros tiempos, la cantidad fabricada subió a más de 200 trillones de unidades (casi 150 toneladas) en 1950. La primera penicilina comercializable costaba varios dólares por cada cien mil unidades; hoy, la misma dosis cuesta sólo unos pocos centavos de dólar.<sup>28</sup>

E. B. Chain, joven químico alemán, logra obtener la sal sódica de la penicilina, gracias a su excelente preparación en química. La concentración del producto se consiguió por liofilización, que proporcionó un polvo rico en penicilina estable y parcialmente pura.

Fue H. W. Florey, profesor de patología, el encargado de realizar las comprobaciones en los animales de experimentación. Confirmó las observaciones de Fleming sobre la baja toxicidad de la penicilina y su espectro de actividad antimicrobiana. Heatley se unió al equi-

28      MANDELL, Gerald L. y SANDE, Merle A., Las Penicilinas, en: GOODMAN GILMAN, Alfred, GODDMAN, Luis S., y GILMAN, Alfred: Las Bases farmacológicas de la terapéutica. Sexta edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1982, 1756 páginas. Páginas 1106 y 1007.

po original y junto con Chain perfeccionó el método de purificación, consiguiendo un producto mil veces más activo que el caldo inicial y que poseía diez veces la actividad antimicrobiana de las sulfonamidas.

Las asombrosas propiedades terapéuticas de la penicilina purificada quedan de manifiesto en los primeros ensayos con animales de experimentación y el llamado equipo de Oxford publica los resultados en mayo de 1940. En febrero del año siguiente logran suficiente cantidad de penicilina para hacer el ensayo en el hombre, y concretamente el 12 de febrero de 1941 fue tratado el primer paciente, como fue mencionado antes, un policía afectado por una septicemia estafilo y estreptocócica que no había remitido al tratamiento con sulfamidas. El paciente agonizaba cuando recibió la primera inyección intravenosa de penicilina. El éxito fue espectacular; al cuarto día la fiebre había descendido, pero al finalizar el quinto se había agotado la reserva de penicilina, a pesar de recuperarse la que se excretaba por la orina, y el paciente falleció. Los primeros diez ensayos clínicos efectuados por Florey, Abraham, Heatley y colaboradores, fueron publicados en agosto de 1941. A partir de aquel momento el problema era conseguir las cantidades necesarias del nuevo medicamento para su aplicación en clínica, lo que significaba un gran desafío para la tecnología farmacéutica.

Al mismo tiempo que se efectuaban los ensayos clínicos, el equipo de Chain seguía estudiando el nuevo compuesto y en el plazo de pocos meses se conocieron la mayor parte de las propiedades físicas, químicas y farmacológicas de la penicilina.

Las dramáticas circunstancias vividas en Europa al declararse la Segunda Guerra Mundial llevaron a Florey y Heatley a desplazarse a los Estados Unidos en julio de 1941. En aquel país recibieron la ayuda del Departamento de Agricultura y en los laboratorios del Northern Regional Research en Peoria se desarrollaron las técnicas de cultivo en profundidad, que permitieron mejorar el rendimiento obtenido con los clásicos cultivos de superficie.<sup>29</sup> Allí comienza la búsqueda sistemática de nuevas cepas de *Penicillium* de alto rendimiento, logrando aislar el *Penicillium chrysogenum*.

---

<sup>29</sup> El grupo de Oxford comenzó con un cultivo de *Penicillium notatum* de rendimiento 2 U./ml en cultivos de superficie; los realizados en profundidad y la modificación de los medios nutritivos permitieron alcanzar rendimientos de 400 U./ml.

Las investigaciones sobre la penicilina, mantenidas en secreto por los gobiernos americano e inglés hasta fines de 1945, se desarrollaron paralelamente en otros centros, en los cuales se consiguieron mutantes del *Penicillium chrysogenum*, bombardeando las cepas originales con luz ultravioleta y rayos X, hasta llevar su rendimiento de 100 U./ml hasta 600 U./ml. Una sub – cepa de *Penicillium chrysogenum* proporcionó rendimientos de 1000 U./ml. Los mutantes de *Penicillium chrysogenum* obtenidos en el laboratorio siguen siendo en la actualidad la mejor fuente de penicilina G.

Una vez montada la producción de penicilina, surgen nuevas metas para los investigadores, obtener penicilinas nuevas y mejores, más cómodas de administrar, más estables y de mayor amplitud de acción.<sup>30</sup>

Este proceso, ocurrido por la investigación incesante de científicos europeos preocupados por lograr combatir ciertos flagelos, muestran que en ese camino se encontraron sustancias que transformaron radicalmente el enfoque terapéutico, aún cuando los primeros indicios eran para descartar algunos de esos productos, que darían, gracias a la tenacidad, inteligencia y la intuición de estos investigadores, resultados que habrían de cambiar el curso de la historia.

El recordado maestro Rodolfo V. Talice, relata el conocimiento que hizo de dos de estos Premios Nobel:

“IV) Fleming, Alexander. Inglés. Descubridor de la penicilina. Lo conocí en Londres. Su laboratorio “por suerte muy viejo”, lleno de manchones verdosos en el techo... “si hubiese sido flamante, no hubiese descubierto la penicilina...” (expresiones del propio científico).

“V) Florey, Howard (Sir). Australiano. Lo traté días y días durante su estadía en Montevideo en 1946. En 1949 lo reencontré en Oxford. Hombre comunicativo, sencillo, sin tesituras ni alardes. Incluso en los severos ámbitos de la gloriosa Universidad, no desperdiciaba ocasión para deslizar humoradas oportunas.”<sup>31</sup>

30 HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A. Madrid, 1986. 2 tomos, 840 páginas. (Páginas 554 – 556).

31 TALICE, Rodolfo V. : MEMORIAS DEL SIGLO. Segundo Escandell S.A. Publicaciones & Ediciones. Barreiro y Ramos, noviembre 1994, Montevideo. 331 páginas. Página 186.

A partir de estos descubrimientos, se abrieron nuevos rumbos en la investigación de sustancias antimicrobianas, sucediéndose muchas generaciones de antibióticos, tan útiles para salvar vidas y combatir infecciones que hasta entonces llevaban a la muerte.

Los antibióticos, precedidos por la inmunización contra muchas de las enfermedades infectocontagiosas, iniciada por la variolización, han permitido controlar y erradicar muchas enfermedades. Sin embargo, el uso abusivo e injustificado de ellos, asoma como una amenaza en el horizonte, para poner en cuestión el futuro de estas sustancias, por la múltiple resistencia que genera el uso indiscriminado, tanto en su utilización humana como en la salud animal, por cuanto el concepto de “una salud”, común a la especie humana y al cuidado de los animales, tan extendida en nuestra época, es una de las principales razones de esta amenaza rampante.

## **SIR ALEXANDER FLEMING SALVÓ DOS VECES LA VIDA DE CHURCHILL**

El mito de que Fleming salvó la vida de Churchill <sup>32</sup>

Winston Churchill en Harrow, © Churchill Archives, Broadwater Collection

La falta de conexión entre Churchill y Fleming: la historia de que Sir Alexander Fleming o su padre (las versiones varían) salvaron la vida de Churchill ha circulado en Internet durante años. Encantador como es, ciertamente es ficción. Hemos citado referencias posteriores, pero en 2009 Ken Hirsch utilizó la búsqueda de libros de Google para rastrear lo que probablemente sea la primera aparición de este mito: el número de diciembre de 1944 de la revista *Coronet*, páginas 17-18, en la historia, “Dr. Lifesaver”, de Arthur Gladstone Keeney.

El Sr. Hirsch también rastreó al autor (1893-1955), un periodista de Florida y Washington D.C. que sirvió durante la Segunda Guerra Mundial en la Oficina de Información de Guerra. “Dado que la historia de Keeney se publicó solo un año después de que Churchill sufriera (de

32

<https://winstonchurchill.org/resources/myths/sir-alexander-fleming-twice-saved-churchills-life/>



manera prominente) neumonía”, escribe Hirsch, “creo que puede ser la primera aparición del mito”.

Según Keeney, Churchill se salva de ahogarse en un lago escocés por un granjero llamado Alex. Unos años más tarde, Churchill telefona a Alex para decirle que sus padres, en agradecimiento, patrocinarán la educación de Alex en la escuela de medicina que de otro modo sería inasequible. Alex se gradúa con honores y en 1928 descubre que ciertas bacterias no pueden crecer en ciertos mohos vegetales. En 1943, cuando Churchill se enferma en el Cercano Oriente, el invento de Alex, la penicilina, sale volando para efectuar su curación. Así, una vez más, Alexander Fleming salva la vida de Winston Churchill.

El Dr. John Mather escribe: “Un problema fundamental con la historia es que Churchill fue tratado por esta cepa muy grave de neumonía no con penicilina sino con ‘M&B’, un nombre corto para la sulfadiazina producida por May and Baker Pharmaceuticals. Dado que estaba tan enfermo, probablemente se trataba de una infección bacteriana más que viral, ya que el M&B tuvo éxito.

Kay Halle, en su encantador libro *Irrepressible Churchill* (Cleveland: World 1966) comenta (p. 196) que Churchill “se deleitaba en referirse a sus médicos, Lord Moran y el Dr. Bedford, como M&B”. Luego, cuando Churchill descubrió que la forma más agradable de tomar la droga era con whisky o brandy, le comentó a su enfermera: “Querida enfermera, recuerde que el hombre no puede vivir solo de M&B”. Pero no hay evidencia en el registro de que haya recibido penicilina para ninguno de los sus ataques de neumonía durante la guerra. Tuvo infecciones en su vida posterior, y sospecho que le dieron penicilina o algún otro antibiótico que para entonces estaría disponible, como ampicilina. Además, Churchill consultó con Sir Alexander Fleming el 27 de junio de 1946 sobre una infección estafilocócica que aparentemente había resistido a la penicilina. Véase Churchill: Tomado de los diarios de Lord Moran (Boston: Houghton Mifflin 1966), p. 335. “

El biógrafo oficial Sir Martin Gilbert agrega que las edades de Churchill y Fleming (o el padre de Fleming) no apoyan los diversos relatos circulados; Alexander Fleming era siete años más joven que Churchill. Si estuviera arando un campo a la edad de, digamos, 13, Churchill habría tenido 20. No hay ningún registro de Churchill ahogándose en

Escocia a esa o cualquier otra edad; o de Lord Randolph pagando la educación de Alexander Fleming. Sir Martin también señala que los diarios de Lord Moran, aunque mencionan “M&B”, no dicen nada sobre la necesidad de la penicilina de volar hacia Churchill al Cercano Oriente.

## Capítulo 5

# APUNTES SOBRE HISTORIA DE LA ANESTESIOLOGÍA EN EL URUGUAY

JORGE KATZENSTEIN

*“... hizo pues Yavé Dios caer sobre el hombre un profundo sopor; y dormido tomó una de sus costillas cerrando en su lugar con carne...”*  
(Génesis 22-2:21)

En este texto que relata la creación de Eva, la primera mujer según la Biblia, ya está clara la noción de dolor unida a la cirugía y la posibilidad de evitarlo o aliviarlo vinculada al sueño.

La cirugía implica dolor y seguramente es difícil para nosotros, hijos de los siglos 20 y 21, concebir cómo nuestros ancestros soportaron procedimientos que jamás concebiríamos hacerlos o sufrirlos sin anestesia. Por un lado, no existían técnicas de analgesia eficaces, y por otro, con gran frecuencia la cirugía era la única opción frente a la muerte. A eso se sumaban, seguramente, factores culturales.

Es probable que el primer “acto médico” en tiempos muy lejanos haya sido un intento, muy posiblemente menos exitoso que el relatado en el Génesis, de aliviar un dolor.

## EL SURGIMIENTO DE LOS PRIMEROS AGENTES ANESTÉSICOS

La búsqueda de este alivio es tan antigua como la historia del hombre sobre la tierra o, lo que es lo mismo, como la historia de la medicina.

Se experimentaron una gran cantidad de sustancias y procedimientos con resultados dispares. En épocas muy lejanas ya se conocían los efectos analgésicos del opio, que se obtiene del fruto de la *papaver somniferum* o adormidera. Se lo usó en muy diversas presentaciones. El opio contiene un conjunto de alcaloides y dentro de éstos, aproximadamente un 10% de morfina que es la principal responsable de sus efectos analgésicos.

Se usaron con fines analgésicos derivados vegetales como semillas de beleño (que contiene escopolamina y atropina), anís, hinojo, mirra, canela, azafrán, manzanilla y otros muchos o incluso productos de origen animal. No puede dejar de citarse el alcohol, cuyos efectos depresores del sistema nervioso central se conocen desde la más remota antigüedad.

Se utilizaba una enorme cantidad de procedimientos más o menos pintorescos (frío, compresión del cuello y otros), que prácticamente siempre iban acompañados de medidas de sujeción del paciente.

En tiempos tan lejanos como el período entre los siglos V y III antes de Cristo, Sushruta que es considerado el padre de la medicina de la India, operaba usando mezclas de vino y cannabis para sedar a los pacientes. Incluso llevaba a cabo cirugías plásticas, en particular rinoplastias. La demanda de rinoplastias surgía del hecho que la amputación de la nariz era un castigo para ciertas faltas, como el adulterio en la mujer.

Hipócrates, Galeno y muchos de sus sucesores usaban esponjas embebidas en sustancias soporíferas (alcohol, opio y otras) de dudosa eficacia.

Huá Tuó (145-208) fue un médico chino que realizó cirugías con anestesia general. Para ello utilizaba “mafeisan” una mezcla de vino y polvo de cannabis.

En 1275 el sabio catalán Ramón Llull describió el éter que denominó “vitriolo dulce”.

En el siglo XIV los chamanes incas masticaban hojas de coca y luego salivaban sobre las heridas. Realmente se buscaba el alivio del dolor por los caminos más insólitos.

En el siglo XV se produce un impasse en la búsqueda de sustancias analgésicas por temor a la Inquisición.

En 1522 Paracelso describe el láudano, que es una solución alcohólica de derivados del opio.

Priestley en 1771 describe el oxígeno y el óxido nitroso el año siguiente. En 1782 Black describe el anhídrido carbónico.

En 1789 se crea en Londres el Instituto de Medicina Neumática y en él Humphrey Davy prueba en sí mismo el óxido nitroso y lo define como “gas hilarante”. Estas fueron las palabras con las que definió su experiencia: *“Sentí las más deliciosas sensaciones de la cabeza a los pies, disfrutando simultáneamente de la fuerza de Hércules, la energía de Alejandro Magno y las visiones de Juana de Arco, hasta que me dormí”*.

El químico alemán Friedrich Sertürner logra aislar la morfina en 1804 y la denomina de esa forma en conmemoración de Morfeo, el dios griego del sueño.

En 1843 el escocés Alexander Wood inventa la aguja hipodérmica, que usa para suministrar morfina a su esposa afectada por un cáncer. Quizá haya sido ella la primera adicta a la morfina, gracias al invento de su marido.

Durante la guerra de Secesión en Estados Unidos, el uso inyectable de la morfina creó más de 400.000 adictos.

## **SURGIMIENTO DE LA ANESTESIA EN CIRUGÍA**

A pesar de lo precario que era el arsenal analgésico, se realizaban gran cantidad de procedimientos quirúrgicos (suturas de heridas, amputaciones, trepanaciones de cráneo, circuncisiones, tallas vesicales, punciones, paracentesis, resección de tumores superficiales y muchos otros). El acceso a las cavidades torácica y abdominal era de gran riesgo y raramente exitoso. Por supuesto que el mejor cirujano era el más

rápido. Dominique Jean Larrey, cirujano del ejército napoleónico, demoraba menos de 2 minutos en realizar una amputación.

En pleno siglo XIX la cirugía seguía indisolublemente unida al dolor y el cirujano francés Alfred Armand Velpeau (1795-1865) podía decir en la década de 1840: *“Evitar el dolor en las operaciones es una quimera que no puede plantearse al día de hoy. Instrumentos cortantes y dolor, en medicina operatoria, son dos palabras que van unidas en el espíritu de los pacientes y es forzoso admitir su asociación”*.

Hanaoka Seishu (1760-1835) fue un cirujano japonés que el 13 de octubre de 1804 realizó una mastectomía bajo anestesia general, y continuó realizando diversas operaciones (amputaciones, mastectomías e inclusive algunos procedimientos de cirugía plástica). La política de aislamiento que regía en esa época en Japón impidió que el hecho tuviera difusión.

En 1824 Henry Hill Hickman (1800-1830) en Londres, anestesia animales con anhídrido carbónico, lo publica, planteando la posibilidad de su uso en el hombre y lo presenta en la Royal Society y al rey Carlos X de Francia, pero no es escuchado.

El 30 de marzo de 1842 Crawford Williamson Long (1815-1878) operó en Jefferson (Georgia, Estados Unidos) a John Venable de un tumor de cuello, anestesiándolo con éter. Posteriormente realizó múltiples cirugías con dicha técnica anestésica y también usó el éter como analgésico en trabajos de parto. Publicó varios años más tarde su experiencia en *The Southern Medical and Surgical Journal* (5; 705-713. 1849). Es probable que, si Long hubiera publicado su experiencia inmediatamente, hoy sería reconocido como el introductor de la anestesia general (por lo menos en la medicina occidental). Una estatua suya en el Capitolio en Washington se alza representando al estado de Georgia y en Jefferson un museo lleva su nombre.

En esa época el óxido nitroso (“gas hilarante”) se usaba en demostraciones circenses y para extracción de piezas dentales, pero era utilizado en la mayoría de los casos por charlatanes. (figura 1)

En 1844 en Hartford, pequeña ciudad del estado de Connecticut, aparecieron carteles con este texto: *“Una gran exhibición de los efectos producidos por la inhalación de óxido nitroso, gas hilarante o de la risa, tendrá*

Nowwithstanding the very great Success of M. HENRY'S ENTERTAINMENT, it must positively be withdrawn, owing to previous Engagements, after

**SATURDAY, JUNE 5, 1824.**

THE NITROUS OXIDE, OR

# LAUGHING GAS

Will continue to be administered to any of the Audience who may chuse to inhale it; the WONDERS of which were first experienced by

**SIR HUMPHREY DAVY,**

And the exhilarating Effects it produced, as described by that Gentleman, have been fully enjoyed during the Period of its Exhibition by M. H. KEAN,

By some, PAS SEULS or PIROUETTES, as in

**VESTRIS OR ALBERT,**

Have been commonly performed by others, with BRAVURAS to rival

**BRAHAM,**

And SCREAMS of Regret, superior to any ever uttered; by

**Mrs. HATTON or Mrs. GIBBS,**

At the Loss of the Delight, this Gas alone can give, have been of such frequent Occurrence, that many have supposed those highly gifted

**PERFORMERS were PRESENT in Disguise.**

M. HENRY'S ASTONISHING AND MAGNIFICENT DISPLAY OF

*Uncommon Illusions, Wonderful Metamorphoses, &c.*

Interesting Illustrations in

**Experimental Chemistry, Animated Paintings, &c.**

IN PARTS I & II of the Entertainment, M. HENRY will exhibit his New and

## ASTONISHING ILLUSIONS!

*Amazing Combinations, Transformations, &c. &c.*

The THREE WISHES, | The COIN of DIVINATION, | The WONDERFUL FLIGHT,  
The ENCHANTED FRUIT, | Which answers any Question. | The SAGACIOUS LIVE BIRD, &c.

**PART III—NOVEL AND INTERESTING**

## EXPERIMENTS on GAS!!

Amongst which, will be introduced the Inflation and ASCENT OF A BALLOON in the Theatre, and

## THE LAUGHING GAS.

In the Course of the Evening, M. HENRY will attempt several Melodies, Popular Airs, &c.

## THE MUSICAL GLASSES.

The Evening's Entertainments will conclude with M. HENRY'S celebrated

## OPTICAL ILLUSIONS

In the Course of which in addition to the STRIKING LIKENESSES of

Miss STEPHENS, | Miss PATON, | Mr. MACREADY,  
Miss M. TREE, | Mr. YOUNG, | Mr. KEAN,  
Mr. GRIMALDI, Will be introduced beautiful finished Portraits of

**King Henry VIII, Anna Boleyn, and Queen Elizabeth.**

And likewise

*A beautiful Portrait of the immortal SHAKSPEARE,*

During the exhibition of which, FAME will be seen to descend and crown him with a Wreath of Laurel, being one of the finest Optical Illusions ever produced. Previous to which,

**THE DANCE OF DEATH!!** with a Variety of Laughable Figures, &c. &c.

The Performances of each night, for the sake of which M. H.'s Portraits are composed, together with the Decorations, &c. are of the most splendid Description.

Figura 1. Anuncio de exhibición en Londres con demostraciones del "gas hilarante". 1824

*lugar en Union Hall esta tarde, 10 de diciembre de 1844. Cuarenta galones de gas serán preparados y administrados a todos aquellos de la audiencia que deseen inhalarlo.*

*El efecto del gas es hacer a quienes lo inhalen reír, cantar, danzar, hablar o luchar u otras manifestaciones dependiendo de los rasgos dominantes del carácter de cada persona...*”

En el aviso se aseguraba que no existían riesgos de realizar actos contrarios a las buenas costumbres y además se informaba que la primera fila de asientos sería ocupada por ocho individuos fornidos que garantizaban que no se producirían lesiones bajo los efectos de la inhalación del gas. Los elegidos serían todas personas selectas para asegurar el “buen tono” de la actividad que, se aseguraba, tenía también carácter científico. Para participar era necesario pagar al Profesor (¿?) Gardner Quincy Colton 25 centavos de dólar.

Horace Wells (1815-1848), odontólogo, luego de presenciar alguna de esas demostraciones, hizo que Colton le extrajera un diente. Entusiasmado por la buena experiencia, hizo que su colega John Riggs le sacara otro diente. El comentario fue: *“Una nueva era en la extracción dental”*. Entusiasmado, le propuso en 1845 al cirujano del Massachusetts General Hospital John Collins Warren (1778-1856) ensayar la técnica en una cirugía. El procedimiento fracasó. Las causas pueden haber sido múltiples.

William T.G. Morton (1819-1868), odontólogo que había conectado a Wells con Warren usaba el éter en su práctica y reclutaba pacientes a los que remuneraba para ensayar la técnica. Le propuso a Warren ensayar nuevamente la técnica en pacientes quirúrgicos. El 16 de octubre de 1846 Warren resecó un tumor de cuello a Gilbert Abbott de 20 años. Este manifestó no haber sentido ningún dolor. Warren dijo, dirigiéndose a quienes presenciaron la operación: *“Señores, esto no es un engaño”*. El 21 de octubre el *Boston Medical and Surgical Journal* comentó el hecho en términos no muy lejanos de la definición de anestesia: *“Se relatan en los periódicos de esta ciudad extrañas historias respecto a un preparado, administrado el cual, a un paciente, este se ve afectado el tiempo suficiente y en la medida necesaria para poder, sin sufrir dolor alguno, ser sometido a una operación”*.

En conmemoración de ese hecho posteriormente se instituyó el 16 de octubre como el día del anestesiólogo.

Oliver Holmes (médico y escritor) (1809-1894) escribió una carta a Wells en noviembre de 1846 y utilizó por primera vez el término *anes-*



tesia. Dijo Wells: *“Las dos transformaciones más importantes en la vida humana desde el nacimiento de Nuestro Señor han sido la pólvora y la anestesia y ambas fueron inventadas como entretenimiento”*. Wells no quiso patentar el procedimiento, pues dijo que verse libre de dolor debía ser *“tan gratuito como el aire”*.

La noticia se difundió rápidamente y en diciembre de 1846 se hicieron las primeras anestias en Londres y al mes siguiente en París. En 1853 John Snow (1813-1858) anestesió con cloroformo a la reina Victoria de Inglaterra para su octavo parto. El comentario de la real paciente fue: *“El doctor me dio ese bendito cloroformo y su efecto fue calmante, tranquilizante y delicioso más allá de toda medida”*. Snow fue designado Sir del reino. Podríamos especular sobre cómo habría sido la historia de la anestesia y de la cirugía si la evolución de la paciente hubiera sido otra.

Los que no fueron afortunados fueron los pioneros Wells y Morton. El primero luego de varios fracasos se vuelve adicto al éter y al cloroformo y estando en la cárcel se suicida cortándose una arteria (previa inhalación de cloroformo). Morton, a su vez, muere ahogado en un lago del Parque Central de Nueva York.

## **PRIMERAS ANESTESIAS REALIZADAS EN URUGUAY**

Mientras tanto en Uruguay, que aún no tenía 20 años como estado independiente, los pocos médicos que había estaban divididos en bandos irreconciliables que se atacaban entre sí por medio de la prensa.

La inexistencia de autoridad sanitaria impedía un adecuado control de la capacitación de los que pretendían ejercer la medicina en el país. Como pasa tantas veces, la ocurrencia de un hecho desafortunado tiene como consecuencia que se tomen medidas preventivas de situaciones indeseables. En este caso fue el fallecimiento en 1830 de Elvira Lavalleja de 27 años, hija del jefe de los Treinta y Tres. Este hecho precipitó la creación de la primera autoridad sanitaria nacional el 16 de setiembre de ese mismo año: *“...nadie podrá ejercer en el territorio de la República ramo alguno del fuero médico sin ser antes examinado y aprobado por el Consejo de Higiene Pública”*.



Figura 2. Ejemplar de "Comercio del Plata" dirigido por Florencio Varela.

Montevideo en 1846 era la capital sitiada de un país en guerra dividido en dos. Según el censo de 1841 tenía algo más de 30.000 habitantes de los cuales menos de la mitad eran "orientales".

La noticia de lo acontecido en Boston llega a este lejano Montevideo y es la prensa, en concreto “El Comercio del Plata” dirigido por Florencio Varela, que difunde la noticia: *“Confiamos en que los celosos y experimentados cirujanos de Montevideo, a quienes nuestros heridos han debido tantos cuidados en esta guerra, se apresurarán a hacer la experiencia de este descubrimiento”* (fig. 2).

Luego de varios ensayos en animales dirigidos especialmente a lograr la sustancia adecuada los cirujanos Lastra y Bermejo del Hospital de la Marina Española intentan la técnica con pacientes quirúrgicos, pero fracasan. Finalmente, en la botica de Julio Lenoble y Domingo Parodi, el bachiller Mario Ísola obtiene un preparado que Adolfo Brunnel (1810-1871), cirujano de la Legión Francesa, prueba en sí mismo logrando un estado de embotamiento. Alentado por ello, decide usarlo en una cirugía.

Brunnel se había graduado como médico en la Facultad de Medicina de Montpellier que, dicho sea, al pasar, es actualmente la más antigua en actividad en el mundo.

El 1º de mayo (o quizás el 2) en el Hospital de Caridad (hoy Hospital Maciel) Brunnel opera a Pedro Rivas de 52 años, artillero que había recibido una herida como consecuencia de una salva de cañón. La operación a realizar era la amputación del miembro superior. La anestesia fue realizada por el Dr. Patricio Ramos. La operación duró aproximadamente cuatro minutos y el paciente relató que si bien no se había dormido no había sentido ningún dolor. Fueron testigos los Dres. Tomás Crawford, Juan Tenan y Alfredo Harvey (ingleses), Juan Pedro Leonard (francés), Bermejo y Lastra (españoles). Esa fue la primera anestesia realizada en América del Sur, aunque algún autor afirma que el 29 de abril se realizó una anestesia con éter en Lima. (fig.3)

Patricio Ramos había nacido en Buenos Aires donde se graduó en 1834 como “Profesor en Medicina y Cirujía” título que revalidó en Montevideo en 1839 (fig.4). Había trabajado en Paysandú y en 1847 era el médico de la sala Zavala, en tanto que Brunnel lo era en la sala Tigimbrú del Hospital de Caridad. Figura como firmante del acta de constitución de la Sociedad de Medicina Montevideana el 19 de noviembre de 1852. Posteriormente se trasladó a Colonia y finalmente a Gualeguaychú donde falleció y en cuyo cementerio está enterrado.

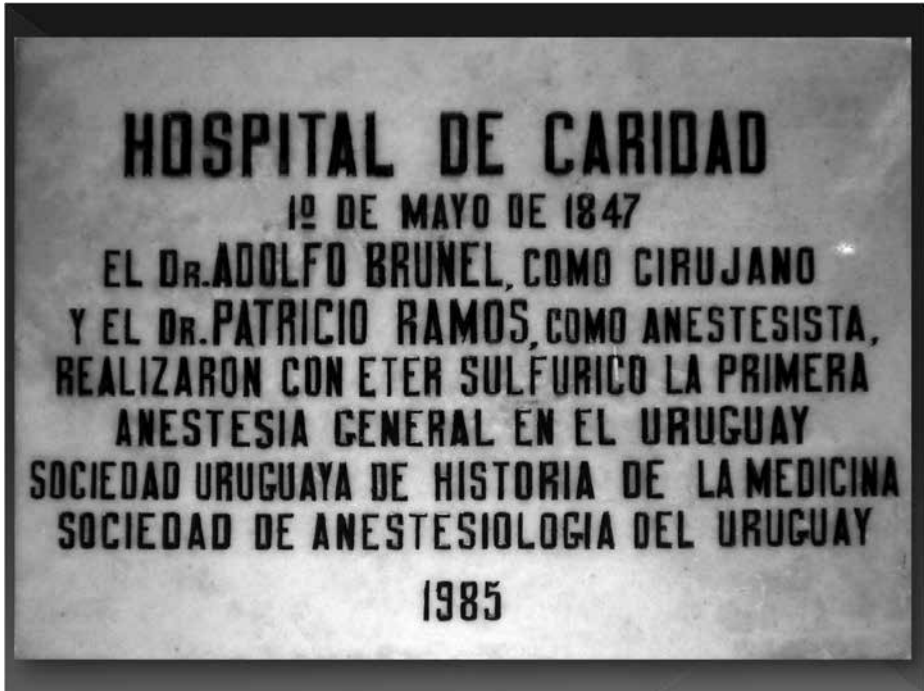


Figura 3. Placa conmemorando la primera anestesia. Hospital Maciel.

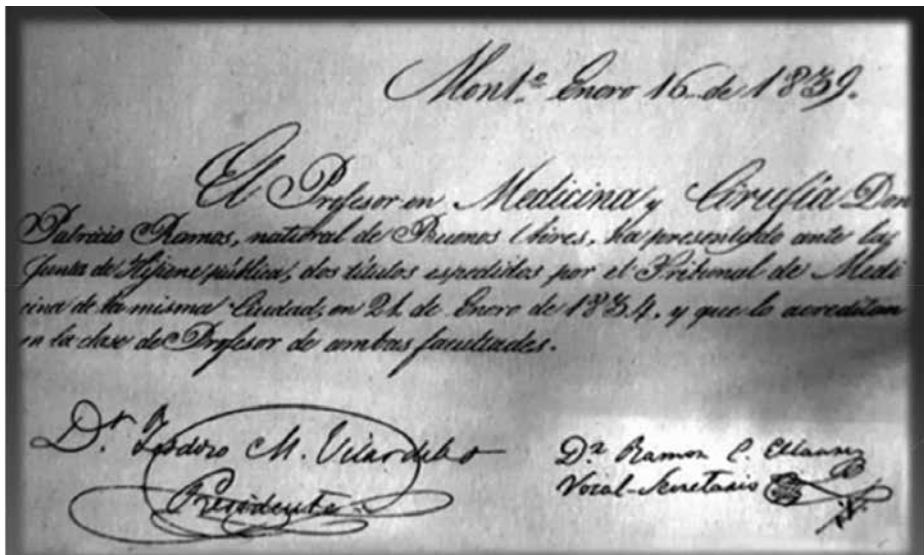


Figura 4. Reválida del título del Dr. Patricio Ramos.



Figura 5. Placa conmemorativa de la primera anestesia con cloroformo. Hospital Maciel.

Hoy el Servicio de anestesiología del Hospital Maciel (el mismo en que realizó la primera anestesia) lleva con total justicia su nombre y él es considerado el primer anestesista del Uruguay.

La difusión de la técnica en el medio fue rápida. Al día siguiente el cirujano italiano Bartolomé Odiccini hizo una cirugía con anestesia y el propio Patricio Ramos realizó doce anestесias más durante 1847.

El 17 de febrero de 1848 Fermín Ferreira (1803-1867) que era el Cirujano Mayor del Ejército operó una fimosis y utilizó por primera vez en el país la anestesia con cloroformo. Se inicia así la rica historia del uso de halogenados en anestesia, que continúa hasta hoy (fig. 5).

Llama la atención el espíritu fermental que existía en aquel momento en un país dividido en dos por la guerra. Mientras en la ciudad sitiada se innovaba buscando aliviar el dolor quirúrgico, en el Cerrito en ese mismo año 1847 se realizaba un Congreso Médico (muy probablemente el primero en el país). En ese Congreso Cornelio Spielman (que había sido médico de Artigas) presentó un trabajo sobre “*Cualidades medicamentosas de la yerba mate.*”



Figura 6. Cirugía en el Hospital Maciel. Dres. Alberto Mañé, Luis P. Lenguas, Manuel Nieto, Eduardo Mackinnon. Anestesia: Hermana Calixta. Sala Mateo Vidal. 1912.

La difusión de la nueva técnica fue meteórica en el mundo en general y en nuestro país en particular. Sin embargo, durante muchos años fue excepcional la existencia de profesionales de la anestesia y ésta quedaba en manos de practicantes, enfermeros, religiosas hospitalarias o aficionados más o menos idóneos, siempre bajo la batuta del cirujano, gran patrón en el quirófano (fig. 6). Pernin y Vega en su *“Historia de la anestesia en el Uruguay”*, citan como excepción la actitud del Profesor Alfonso Lamas, en cuya Clínica las anestias eran realizadas por los practicantes internos o los estudiantes de medicina y, en las situaciones complejas por los Jefes de Clínica o los Asistentes. Al respecto citan a Lamas: *“...la anestesia es un acto médico y nuestros pacientes tienen el derecho de ser atendidos por médicos”*. Fig.7



Figura 7. Cirugía durante la Revolución de 1904. Paraje Cuchilla Seca. Dres. Baldomero Cuenca y Lamas. Dr. Florentino Fonticella Anestésista: Bachiller Eugenio Laurence. Nótese las vinchas blancas. Dos “primus” para esterilizar.

## EVOLUCIÓN DE LA ANESTESIA EN URUGUAY

Ciertamente, la formación de los responsables de las anestésias era muy heterogénea y se basaba en gran parte en la transmisión de experiencias de persona a persona. Realmente la anestesia era un balance entre lograr el nivel de hipnosis suficiente para la cirugía, y evitar la depresión cardíaca y respiratoria. Para lograr ese objetivo el éter y el cloroformo eran soluciones adecuadas. Las preferencias de los jefes de servicio de cirugía se dividían entre los partidarios del éter y los del cloroformo. Se usó también, aunque menos, el cloruro de etilo.

Recién en los primeros años del siglo veinte se difundió el uso del protóxido de nitrógeno en mezclas gaseosas con oxígeno.

Las inducciones eran bastante más tormentosas que hoy. Habitualmente alguien debía contener al paciente en tanto el anestésista aplicaba la máscara sobre el paciente. La “monitorización” era cien por ciento clínica y se consideraba favorable la “respiración ruidosa” pues indicaba el ritmo respiratorio del paciente. Mucho más tarde se difundió el moderno manejo de la vía aérea.

Merece citarse el aparato de Ombredanne, introducido en nuestro país en 1910 por el Profesor Enrique Pouey, luego de una estadía en París. Este dispositivo, diseñado para ser usado con éter, significó un

avance y permitió graduar mejor la profundidad de la anestesia (fig. 8).

Con el tiempo se fueron introduciendo avances en el manejo de la vía aérea y en la evaluación y reposición del metabolismo hidrosalino, que llevó a disponer en forma sistemática de accesos venosos adecuados a través de los cuales se podía, además, administrarse fármacos.

La anestesia endovenosa estuvo unida sobre todo a los barbitúricos. La primera publicación en ese sentido apareció en *Anales de la Facultad de Medicina* en 1925 y su autor es el Dr. A.B. Langón que relata su experiencia en el Hospital de Paysandú.



Figura 8. Aparato de Ombredanne.

En 1899 el profesor Alfredo Navarro realiza una amputación de miembro inferior bajo anestesia raquídea que había sido descrita poco tiempo antes por Bier en Alemania. Su difusión demoró, pero a partir de la década de 1920 tuvo bastante predicamento, tanto en Montevideo como en el interior del país. En 1922 en *Anales de la Facultad de Medicina* el Dr. Alberto Roldán publica 165 casos de raquianestesia realizados en el Hospital de Paysandú. En particular en los servicios de ginecología y obstetricia, la raquianestesia tuvo gran aceptación y era realizada muchas veces por el mismo cirujano actuante.

## LOS PRIMEROS ANESTESIÓLOGOS

Repasando los nombres de aquellos que trabajaron transitoriamente como anestelistas y luego se dedicaron y destacaron en otras especialidades, generalmente quirúrgicas, se recuerda el de Eduardo C. Palma que más tarde sería Profesor de Clínica Quirúrgica. En 1935 viajó a la Argentina y actualizó sus conocimientos anestesiológicos. Entre otras innovaciones introdujo en nuestro medio el ciclopropano (dedica su



tesis de doctorado a ese gas) y transmite conocimientos a los entonces bachilleres Walter Fernández Oria, Antonio Cañellas y Juan Carlos Scasso, que posteriormente se dedicaron a tiempo completo a la anestesia (fig. 9).

En la década del 40 el siglo pasado, siguiendo la tendencia mundial, fue surgiendo la necesidad de mejorar la capacitación de aquellos que hacían las anestесias. Seguramente influyó en ello la percepción de los riesgos inherentes a la anestesia.

Alfredo Pernin (1909-1993), que se desempeñaba como anestesista en la clínica quirúrgica del Profesor Juan Carlos del Campo, realizó una residencia en el Wisconsin General Hospital en Madison entre 1945 y 1946, en el servicio del profesor Ralph Waters (1883-1979), que fue pionero en la formación académica de los anestesiólogos. Al volver al país, Pernin estaba convencido de que la anestesia debía ser una especialidad médica autónoma y que debía exigirse a quienes se dedicaban a ella sólidos conocimientos teóricos a la par que dominio de destrezas manuales específicas (fig. 10).

Era habitual en esa época que en cada servicio de cirugía actuaran siempre los mismos anestesistas subordinados a la autoridad del jefe de cirugía.

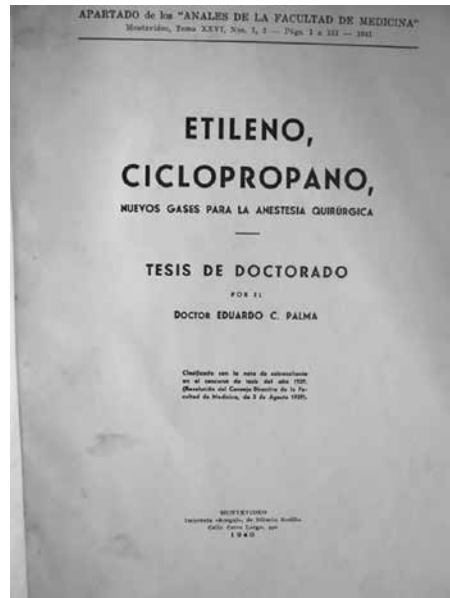


Figura 9. Carátula de la tesis de doctorado de Eduardo C. Palma.

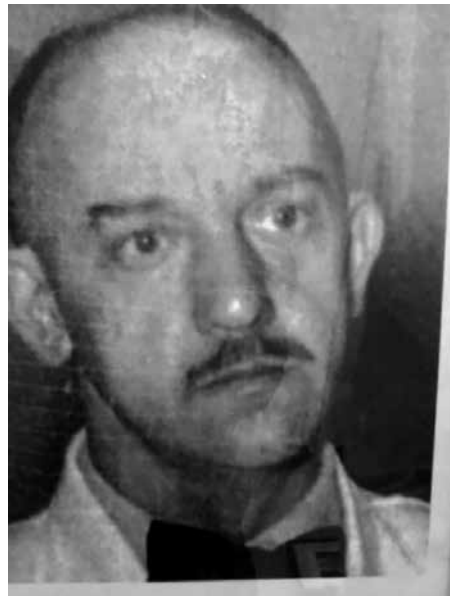


Figura 10. Alfredo Pernin.

## LA FORMACIÓN DE LOS PRIMEROS ANESTESIÓLOGOS

Hubo varios intentos de sistematizar la formación de los anestesiólogos.

En 1948 El Profesor Pedro Larghero intenta crear una “escuela de anestesistas” para ingresar a la cual no fuera necesario ser médico. En 1950 la Facultad de Medicina contrató al Profesor Waters, a fin de

Hist. N.º 000. 222

FACULTAD DE MEDICINA  
Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quirós"

Fecha 16/10/53

Anal. N.º

Clinica Pol. Médica

HOJA DE ANESTESIA

Sala Coma

Nombre

Edad 77

Op. propuesta Anest. para cirugía

Hist. anest. ant. (Neg) S N

Med. pre anestésica Atropina 1/4 mg

Hora 17

CIR NEO ETER L.V.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	180			180			180			180		
	160			160			160			160		
	140			140			140			140		
120			120			120			120			
100			100			100			100			
80			80			80			80			
60			60			60			60			
40			40			40			40			
20			20			20			20			
0			0			0			0			

NOTAS

Agentes Ketonal-030 5 mg

Técnica i.v. c.c.-25

RECUPERACION

Cánula faringea Intubación traqueal

Operación pericardio y vasos cefalica flujos codo distal

Cirujanos Dr. Bongollo

Anestésistas Dr. Pen

El. pos. Torax No des. Muy des.

INDUCCION

El. Exalt. Torax

Vom. Len. Est.

Sen. Laringeo.

MANTENIMIENTO

POSICION

Figura 11. Hoja de registro de la primera anestesia realizada en el Hospital de Clínicas. 1953.

organizar la docencia en anestesiología. A su vez en 1951 la Escuela de Graduados contrató al Profesor Randolph Woolmer, de Inglaterra.

En setiembre de 1953 se inaugura el Hospital de Clínicas y la Facultad designa director del “Departamento de Anestesia y Gasoterapia” a Alfredo Pernin. Esa designación le costó más de un disgusto, pues significaba que los anestesistas dejaban de depender de las jefaturas quirúrgicas.

El Centro Quirúrgico del nuevo hospital introdujo la novedad en el medio de contar con un área de Recuperación postanestésica para el cuidado de los pacientes operados. (fig. 11)

En 1954 la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina abre los cursos de cuatro especialidades (Anestesia y Gasoterapia, Gastroenterología, Neumología y Otorrinolaringología), y el 15 de marzo de ese año se inicia el primer curso de postgrado que duraba dos años.

Los inscritos en ese primer curso fueron Julio Castiglioni, Walter Fernández Oria, Elías Epstein, Carlos Sapriza Vidal, Luis Enrique Bengochea, Diva Ravera de Bengochea, José Rudasevsky, Federico Schletter, Luis Recine y Raúl Suárez. (fig. 12).



Figura 12. Primer Curso Preparatorio de Anestesia. Sentados: Dr. Elías Epstein, Br. Pedro González Viera, Nurse, Dr. Alfredo Pernin, Br. Samuel Liondas. Parados: Dres. Luis Recine, Luis A. Garaza, Osvaldo Lucas, Nurse Ayala, Dr. Federico Schletter.

## LA CREACIÓN DE LA CÁTEDRA DE ANESTESIOLOGÍA

La Facultad y el Ministerio de Salud Pública contemplaron la situación de quienes trabajaban como anestesistas sin haberse graduado, y se dictaron normas transitorias que contemplaban su situación. Muchos de ellos se fueron graduando progresivamente. Recién en 1972 siendo Ministro de Salud Pública Pablo Purriel, se decretó que para ejercer una especialidad en instituciones públicas o privadas era necesario poseer el correspondiente certificado de especialista. La única excepción eran aquellos designados en cargos de formación que debían actuar debidamente supervisados.

Integraron el Departamento como docentes en sus primeros tiempos, entre otros, además de Alfredo Pernin, Antonio Cañellas (el Consejo de Facultad lo autorizó como grado 3 a pesar de no haberse graduado aún), Walter Fernández Oria y posteriormente Juan Carlos Scasso, Luis E. Bengochea, Federico Schletter, Raúl Suárez, León Cherkoff y María Julia Salsamendi y tantos otros que continuaron la labor docente. Pernin cesó en 1974 al llegar a límite de 65 años y durante un tiempo el Departamento fue dirigido por los tres profesores agregados que eran María Julia Salsamendi, Raúl Suárez y Martín Marx. En 1976 la Facultad (intervenida por la dictadura) creó la Cátedra de Anestesiología y designó Profesor a Antonio Cañellas. Este se había formado en Inglaterra durante la Segunda Guerra Mundial y era jefe del servicio de anestesia del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. En ese momento, además, se desempeñaba como Ministro de Salud Pública. Posteriormente Cañellas renuncia y es designado Martín Marx.

Marx se había especializado en anestesia pediátrica en el servicio del Profesor Jackson Rees, en Liverpool. Posteriormente renuncia y en 1994 es sucedido por Walter Ayala.

Ayala se había dedicado especialmente a la anestesia en cirugía torácica y al tratamiento del dolor crónico. Fue un gran impulsor del valor de la residencia como mecanismo apto para una formación de excelencia en la especialidad. En un principio era mandatorio aprobar las pruebas del concurso de residencia para ingresar el curso de postgrado y a partir de 1996 es obligatorio desempeñar el cargo de residente para cursar el postgrado. Anestesiología fue una de las primeras especialida-

des en establecer esa exigencia. Ayala cesa en 2010, por límite de edad, y es sucedido por Juan Riva, el actual profesor.

Enumerar todos los nombres que pasaron por la cátedra, como docentes o colaboradores, sería imposible sin omitir más de un nombre, cometiendo injusticias. Sin embargo, es bueno recordar algunos sobre todo de los primeros tiempos de la anestesia como especialidad.

Destaca, como ya se dijo, Alfredo Pernin por su lúcida visión de la especialidad. Era, además, un fotógrafo destacado. De sí mismo decía que era fotógrafo profesional y anestésista amateur.

En un acto de justicia en 1988 el Consejo de la Facultad de Medicina lo designa Profesor Emérito.

Walter Fernández Oria, Juan Carlos Scasso y Antonio Cañellas fueron los primeros en usar los relajantes musculares derivados del curare y publicar los resultados de su experiencia.

Hablar de Raúl Suárez es hablar de un lector incansable, con un enorme bagaje bibliográfico y una gran capacidad organizativa.

Si bien no fue anestésista, Kempis Vidal Beretervide (que a posteriori fue catedrático de Farmacología de la Facultad de Medicina) participó en forma significativa en los primeros estudios relativos a la succinilcolina como relajante muscular despolarizante.

Algo más cercanos en el tiempo María Julia Salsamendi se especializó en anestesia para cirugía torácica y fue una docente apasionada que insistió en la importancia de la adecuada evaluación y preparación preoperatoria. León Chertkoff integró el Departamento antes de trasladarse al interior del país. Muchos de los que vinieron después de él lo consideraban su maestro. Tabaré González Vázquez fue un destacado anestesiólogo de los primeros tiempos que debió exiliarse durante la dictadura. Integró desde su apertura el staff del Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas. Homero Peri Pertusso poseía una capacidad excepcional de razonamiento de la situación clínica del paciente, unida a una gran honestidad intelectual. Desgraciadamente falleció cuando aún era relativamente joven. Enrique Bzurovski, fue pionero en la enseñanza universitaria del manejo del dolor. Samuel Liondas fue alumno de uno de los primeros cursos de postgrado. Se dedicó preferentemente a la anestesia en obstetricia.

Sin haber integrado la Cátedra también hubo muchos que se destacaron en la especialidad. Saúl Caviglia fue socio fundador de la Sociedad de Anestesiología y ejerció durante muchos años. Dardo Vega ejerció la anestesia y fue además un destacado broncoscopista. Fue uno de los impulsores de la técnica de anestesia endovenosa asociando succinilcolina y procaína. Vera Wornicow se destacó como impulsora de las técnicas de anestesia regional.

## **ANESTESIOLOGÍA EN EL INTERIOR DEL PAÍS**

También en el interior del país hubo anestesiólogos que se destacaron y podemos citar a Carlos González Picanço en Rivera y a Marcos Schwartzmann en Florida; ambos promovieron el uso de las técnicas regionales en las operaciones de cirugía plástica y en otras especialidades. Recordamos también a Juan José Ríos en Tacuarembó, a Danilo Linares en Artigas, a Ruth Petraglia en Paysandú. Esta enumeración no pretende ser exhaustiva, sino que abarca sólo los primeros años de organización de la especialidad. Lo que viene después es historia casi actual.

El 9 de enero de 1948 se fundó la Sociedad de Anestesiología del Uruguay (SAU). La fundación tuvo lugar en la casa de Alfredo Pernin, que fue designado como su primer presidente. Entre los socios fundadores aparte de Pernin, figuran quienes más tarde se destacaron en otras especialidades como Atilio García Güelfi (neurocirujano) y Helmut Kasdorf (radioterapeuta), además de otros que se dedicaron en forma exclusiva a la especialidad.

Desde su fundación la SAU ha luchado para jerarquizar la especialidad. Ha organizado Congresos Uruguayos y numerosas Jornadas en el interior del país. En 1964, en 1985 y en 2017, Uruguay fue sede de Congresos Latinoamericanos de Anestesiología organizados por la SAU con el auspicio de la Confederación Latinoamericana de Anestesiología (CLASA), de la que la SAU es miembro fundador y de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología (WFSA).

Actualmente, en 2020, hay en nuestro país alrededor de 500 anestesiólogos, de los cuales alrededor del 80% son socios de la SAU.

Históricamente la SAU y la Cátedra de Anestesiología han mantenido vínculos mutuos de colaboración; y en tanto la primera ha organizado gran cantidad de congresos y jornadas científicas, la Cátedra desde sus inicios ha sido la gran productora de conocimiento en la especialidad.

## **ANESTESIOLOGÍA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA**

Muchos anestesiólogos han dedicado parte de su actividad laboral a procedimientos de cirugía plástica, en los que pueden presentarse situaciones muy heterogéneas: desde procedimientos de corta duración en pacientes ambulatorios que obligan a usar técnicas que aseguren una deambulación temprana, con el mínimo de riesgos, hasta procedimientos de muy larga duración en pacientes traumatizados. En particular los reimplantes con microcirugía y también otras operaciones prolongadas, obligan a planificar el procedimiento teniendo en cuenta muchas variables del paciente (estabilidad hemodinámica, temperatura, equilibrio hidrosalino y ácido base entre otros) y del equipo tratante (fatiga y posibilidad de formar un equipo de varios anestesiólogos). La cirugía estética plantea además el desafío de la obligación no sólo de medios sino también de resultados y enfrenta a los técnicos tratantes a las particularidades de estos pacientes. Se han usado muy diversas técnicas de sedación y anestésicas (locales, regionales y generales) en la cirugía plástica. El hecho de que con frecuencia se opera pacientes en estado vigil, obliga a una adecuada coordinación entre el equipo quirúrgico y el anestesiólogo.

Hoy el campo de actuación de la anestesiología es mucho más amplio. Además de la anestesia y la reanimación en procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, los anestesiólogos participan en la analgesia obstétrica, en el manejo del dolor agudo y crónico, y en general, en todas aquellas situaciones de emergencia que requieren respaldo vital.

### **Lecturas sugeridas**

Hugin, W.: Anestesia, descubrimientos, avances, hitos históricos. Basilea. Roche, 1989.

- Lockhart, J.: La historia del Hospital Maciel: Editora de Revistas. 1982.
- Pernin, A., Vega, D.: Historia de la anestesia en el Uruguay. Montevideo. 1981.
- Venturini, A.H.: Historia de la anestesia en Sudamérica (en línea). 2010. Dirección electrónica: [http://www.clasa-anestesia.org/web/docs/historia\\_clasa\\_sud.pdf](http://www.clasa-anestesia.org/web/docs/historia_clasa_sud.pdf)
- Liondas, S.: Evaluación y desarrollo de la anestesiología. Anestesia, Analgesia, Reanimación. 2000. 22(1). 4-17.
- Katzenstein, J.: Siete meses después de Boston...en Montevideo. Los inicios de la anestesia en Uruguay. Anestesia, Analgesia, Reanimación. 2013. 26(2). 36-38.



## Capítulo 6

### UNA MIRADA A LA ALERGIA SU PRESENCIA EN EL ÁMBITO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO EXPERIENCIA PERSONAL

JUAN CARLOS BALUGA

A los pocos días de recibir mi título de pediatra, estando en el hospital Pereira Rossell y luego de finalizada la visita diaria a sala, surgió la oportunidad de conversar con mi recordado y querido Profesor Ramón Carlos Negro, en busca de consejo y orientación para el futuro ejercicio pediátrico. Ante mi planteo de que me interesaría estudiar otra especialidad dentro de la pediatría, pero que aún no lo tenía muy claro, el profesor tuvo una rápida respuesta: “dedíquese a estudiar alergia, que es lo que yo hubiera querido que hiciera mi hijo”. Así se despertó mi interés en la alergología, tomando el consejo de mi respetado Maestro.

Poco conocíamos en ese momento de 1973, sobre la especialización en alergia en nuestro país. Sabíamos que en el hospital Pereira Rossell existía una policlínica de alergia, atendida por un doctor a punto de jubilarse, que los médicos alergistas eran muy pocos para atender enfermedades de tan alta prevalencia; y que no existía cátedra universitaria para formarse en alergología. Alto porcentaje de pacientes alérgicos

concurrían a policlínicas de atención primaria, donde el médico se limitaba a tratar los síntomas, sin investigar las causas, o los factores desencadenantes de la alergia. Se derivaban a dermatología los pacientes con alergia de piel; al neumólogo los pacientes con alergia del aparato respiratorio; y al ORL los casos de alergia de vía aérea superior, sin tener en cuenta que la enfermedad alérgica afecta a múltiples órganos y sistemas en el mismo individuo, y por lo tanto, requiere un tratamiento unitario. Por otra parte, los cirujanos y anestesiólogos recibían escasa información en relación a los procesos alérgicos vinculados a su especialidad, como ser reacciones a los anestésicos locales, fármacos utilizados durante la anestesia general, reacciones alérgicas al látex, uso de antisépticos, etc., responsables de posibles reacciones anafilácticas potencialmente graves, que pueden aparecer en el ámbito anestésico quirúrgico.

Dado las dificultades mencionadas para formarse como alergista en nuestro país, decidimos hacer una pasantía en el Servicio de Alergia del Hospital Finochietto de Buenos Aires, dirigido por el Profesor Enrique Mathov, un referente internacional en alergología, que nos abrió las puertas de su servicio para aprender y descubrir los encantos de la especialidad. La experiencia en dicho servicio fue muy valiosa, dado la calidez humana y el nivel científico que nos transmitieron los docentes, alergistas en formación, y sobre todo el Profesor Mathov en su trato personal, y en sus clases y cursos de la especialidad. Paralelamente, tuvimos la posibilidad de asistir por primera vez a las clásicas Jornadas anuales sobre progresos en Alergia, Asma e Inmunología, que todos los años organizaba la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología, en donde participaban relatores de excelente nivel científico de Argentina, países de América Latina e invitados internacionales de primer nivel. Desde ese entonces se convirtió en un “ritual” nuestra asistencia anual a dicha actividad.

Luego de la buena experiencia en el hospital Finochietto, el Profesor Guillermo J. Bustos, especialista en pediatría y alergia, pionero de la alergología pediátrica Argentina, y fundador del departamento de alergia del hospital de Niños de Córdoba (RA), nos invitó a concurrir a dicho hospital, y también conocer su Instituto Privado de Alergia Infantil. Dicho instituto funcionaba en forma de equipo multidisciplinario, para diagnóstico y tratamiento de niños alérgicos y asmáti-

cos, estando integrado por pediatras alergistas, ORL, inmunólogos, psicólogos, fisiatras, etc. El profesor Guillermo J. Bustos organizaba cursos anuales de la especialidad. Allí conocimos a muchos colegas, con quienes transitamos el mismo camino a lo largo del ejercicio de nuestra profesión, entre ellos al entonces joven pediatra alergista Victor H. Croce, excelente docente y expositor, que desarrolló una brillante carrera universitaria, llegando a profesor titular de la Cátedra de Inmunología de la Universidad Católica de Córdoba, posteriormente decano de la Facultad de Medicina y luego profesor Emérito, con quien mantenemos una estrecha amistad, de más de cuatro décadas. Su presencia en Uruguay como conferencista es muy conocida, dado que, como veremos más adelante, ha sido asiduo asistente a las conocidas Jornadas de Actualización en Alergia y Asma Infantil, que por muchos años organizamos en nuestro país. Sin duda, la escuela cordobesa de Alergia Pediátrica, ha tenido una influencia importante en nuestro grupo de trabajo y contribuyó mucho en la formación de la alergología pediátrica en Uruguay.

Seis años después de los hechos relatados, once pediatras alergistas ya formados, (4 cordobeses, 5 de Buenos Aires, 1 rosarino y quien escribe), liderados por el Profesor Guillermo J. Bustos, planificamos con 2 años de anticipación, lo que llamaríamos “Primer curso itinerante de alergia y asma infantil” con el objetivo de visitar diversos centros de asistencia e investigación del “primer mundo”, incluyendo el Congreso Mundial de Alergia en Jerusalén. El programa implicaba viajar a 10 ciudades de 4 países (Inglaterra, Francia, Israel, y Estados Unidos). El esfuerzo de conseguir que 11 “sudamericanos” fueran recibidos en dichos centros científicos no era sencillo; pero dado el prestigio del profesor Bustos, pudo hacerse realidad, habiendo coordinado con los profesores que nos recibirían, el día y hora de arribo en cada una de las instituciones a visitar.

El “curso itinerante” comenzó en octubre del año 1979. La primera parte del viaje incluyó las actividades programadas en Londres, París y Jerusalén. En esta última ciudad participamos del Congreso Mundial de Alergia. Posteriormente viajamos a EEUU donde se continuó con el programa de actividades en diferentes universidades y departamentos de alergología, de Nueva York, Madison, Minneapolis (hospital de Veteranos), Denver (servicio de alergia del Centro Nacional de Asma),

San Francisco (Universidad de California), Nueva Orleans y Miami. En esta última ciudad ejercía el pediatra alergista Dr. Miguel Lanz, muy conocido de los pediatras alergistas latinoamericanos.

Nuestro grupo tenía planificado que, posteriormente a cada una de las actividades realizadas con los profesores en los diferentes centros visitados, debíamos hacer una evaluación y extraer conclusiones de lo aprendido. Dado lo ambicioso del plan de visitas programadas, que nos exigía estar en permanente actividad, con traslados en cansadores viajes, resultaba difícil hacer los informes diarios de lo actuado en cada oportunidad, por lo cual me hicieron responsable de escribir dichos informes durante las largas esperas en los aeropuertos y en los vuelos de traslado entre ciudades. A nuestro regreso deberíamos entregar un completo informe de lo realizado al Comité de Alergia de la Sociedad Argentina de Pediatría, y a la Cátedra de Pediatría del Hospital Pereira Rossell, para documentar el viaje realizado.

El grupo tuvo una excelente convivencia durante el viaje, lo cual no suele ser fácil. El buen humor de los colegas cordobeses del grupo y sus graciosos cuentos, contribuyó a pasarlo bien. Fue importante para el grupo, que uno de sus integrantes, además de ser médico, fuera un excelente cantante profesional de tango, que disfrutaba de “la noche porteña”, interpretando sus tangos acompañados por la conocida orquesta argentina de Jorge Dragone. Había pasado un reciente período de su vida trabajando solo en su vocación artística, dejando de lado la medicina, que ahora retomaba con nosotros. Fueron varias las ocasiones durante el viaje, en que los cordobeses nos entretuvieron con sus cuentos y él con su canto. Aún me emociona el recuerdo de escucharlo cantar el tango “Naranja en flor” en la reunión organizada por nuestro amigo Dr. Miguel Lanz en su casa en Miami, el día previo a nuestro regreso al Río de la Plata.

La evaluación de esta experiencia vivida, fue sumamente positiva, no solo en lo científico para el ejercicio de nuestra profesión, sino también generadora de amistades que aún perduran, a pesar del tiempo transcurrido.

Volviendo atrás en el tiempo, a fines del año 1974, estábamos ya ejerciendo como alergista en el Hospital Pereira Rosell, en donde permanecemos durante cuatro décadas. El objetivo era no solo realizar

tareas asistenciales, sino también investigación clínica y como docente colaborador de la Clínica de Pediatría dirigida por el Profesor Ramón C. Negro.

A lo largo de esos años, junto con nuestros colaboradores, participamos como relatores en cursos y congresos de nuestro país y a nivel internacional. Realizamos numerosas investigaciones clínicas, muchas de ellas publicadas en la *Revista Médica del Uruguay*, en donde nos distinguieron con el Premio Roemmers al mejor trabajo (año 2002-2003), habiendo publicado también en Argentina, México, España y Estados Unidos. La temática de las mismas estuvieron vinculadas a diferentes tópicos de la alergología, como ser: Prevalencia del asma y enfermedades alérgicas en Uruguay; Uso de teofilinas en asma infantil; Mortalidad por asma; Uso de corticoides inhalados en altas dosis en el tratamiento del asma severo del niño; Rinitis obstructivas crónicas; Prevalencia de reacciones alérgicas sistémicas a picadura de insectos himenópteros; Tendencia de la mortalidad por asma en Uruguay entre 1984-2001; Alergia a los anestésicos locales de uso odontológico; etc.

En 1995 publicamos el libro “Asma y enfermedades alérgicas en la infancia y adolescencia” dedicado al Profesor Ramón C. Negro y prologado por la Profesora Irma Gentile Ramos. El mismo consta de 22 capítulos, escritos por alergistas, inmunólogos, dermatólogos, ORL, psicólogos, bioquímicos, etc., con participación de especialistas de Uruguay, países latinoamericanos y España, con quienes nuestro grupo ha compartido actividades científicas y docentes a lo largo de muchos años. Como expresa la Profesora Irma Gentile Ramos en dicho prólogo: *“el libro llenó una carencia importante de ese entonces, dada la ausencia de publicaciones similares, la inexistencia de una Cátedra universitaria donde se impartiera la docencia de la especialidad, y la importancia que estos temas generan en la práctica médica”*.

En el año 1982 organizamos las Primeras Jornadas Internacionales de Actualización en Alergia y Asma infantil, con el objetivo de transmitir los avances en el conocimiento de los temas vinculados con las enfermedades alérgicas y el asma bronquial, dirigidas a pediatras, médicos generales, alergistas, neumólogos, ORL, dermatólogos, etc. En dichas Jornadas participaron destacados expositores uruguayos, e importantes invitados extranjeros. Dada la gran aceptación que tuvieron las mismas, con numerosa asistencia y participación de médicos

provenientes de todos los departamentos de nuestro país, decidimos que en el futuro las mismas se realizaran regularmente cada 2 años, manteniéndose así durante casi 3 décadas. Dichas Jornadas han significado un valioso aporte de conocimientos en la especialidad, habiendo contribuido al desarrollo de la alergología de nuestro país.

A lo largo de los años transcurridos, médicos jóvenes se interesaron en la especialidad, acercándose a los diferentes centros hospitalarios ya existentes, a fin de formarse como alergistas. A pesar de ello, el número de especialistas es aún insuficiente para cubrir la habitual demanda de consultas alérgicas. Consideramos que, en el futuro, será necesario contar con un mayor número de médicos alergistas, sobre todo para las ciudades y regiones del interior de nuestro país.

En las siguientes páginas haremos una breve reseña de algunas de las enfermedades alérgicas más comunes en niños y adultos, y de las reacciones alérgicas y anafilácticas que pueden acontecer en el ámbito anestésico quirúrgico, a las cuales se puede enfrentar el cirujano plástico, reparador o estético.

### **Algunas enfermedades alérgicas más frecuentes**

**Introducción.** Las enfermedades alérgicas conforman un grupo de afecciones de alta y creciente prevalencia en todo el mundo, que afecta a personas de cualquier edad, raza o nivel social.

La alergia es una respuesta anormal y exagerada del sistema inmunitario del paciente, que identifica como nocivas determinadas sustancias inocuas, habitualmente toleradas por la mayoría de las personas. Esta respuesta es perjudicial para el individuo, ya que produce alteraciones inflamatorias en piel y mucosas del organismo, que originan los síntomas alérgicos característicos.

El aumento de la prevalencia de las enfermedades alérgicas en las últimas décadas es un importante problema de salud pública en todos los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que afecta a 30-40% de la población mundial, estimando que para el año 2050 la mitad de la población padecerá algún tipo de alergia.

Las principales enfermedades alérgicas son: rinitis; asma; conjuntivitis; eccema atópico, alergia por alimentos, drogas, picadura de insectos; anafilaxia; urticaria, etc. Si bien algunas de estas afecciones se presentan como episodios agudos, ellas son de evolución crónica, afectando distintos sectores del organismo a lo largo de la vida. Dicha cronicidad, altera en forma significativa la calidad de vida de los pacientes, su relacionamiento social, el descanso nocturno, dificultando el aprendizaje escolar en los niños y el rendimiento laboral en los adultos.

### **Alergia respiratoria**

Se estima que más de 30% de la población de nuestro país padece alguna enfermedad alérgica, siendo las del aparato respiratorio las más comunes. Es frecuente que pacientes con predisposición alérgica familiar, padezcan distintos tipos de enfermedades alérgicas a lo largo de su vida. Ellas suelen comenzar ya durante el primer año de vida, con dermatitis atópica y/o alergia alimentaria, seguido con rinitis alérgica, rino-conjuntivitis, y asma. El médico pediatra tratante es el encargado de hacer un adecuado seguimiento durante las diferentes etapas de esta “marcha alérgica”<sup>1</sup>, estableciendo medidas preventivas, terapéuticas y de educación, a fin de controlar y evitar la progresión de las mismas.

- *Rinitis alérgica (RA)*. La rinitis es la más común de las enfermedades alérgicas respiratorias, a menudo sub diagnosticada y subvalorada. Según la OMS, cientos de millones de personas en el mundo la padecen, siendo la mitad de ellos niños y jóvenes. Las manifestaciones de alergia respiratoria pueden comenzar a cualquier edad, siendo muy común su inicio en la infancia, y poco frecuente el inicio en el adulto mayor. Se estima que el 80% de los pacientes adultos con RA iniciaron sus síntomas antes de los 20 años. En nuestra experiencia en el Servicio de Alergia y Asma Infantil de Hospital Pereira Rossell, el 40% de una población menor de 15 años, comenzó los síntomas durante el primer año de vida, y 81% lo hizo durante los primeros 5 años<sup>2</sup>.

La RA predomina en los varones hasta la adolescencia, en una relación 2 a 1, se iguala en la pubertad, y predomina en las mujeres en la edad adulta.

La rinitis es causada por la inflamación alérgica de la mucosa nasal. Ello acontece cuando los alérgenos del ambiente (pólenes, ácaros del polvo, hongos anemófilos, etc.) contactan la mucosa respiratoria, previamente sensibilizada, en sujetos con predisposición alérgica familiar. La atopía, (predisposición genética a desarrollar sensibilidad mediada por inmunoglobulina E (IgE), es el factor más importante que facilita el desarrollo de las enfermedades alérgicas.

La sintomatología se presenta en forma intermitente o persistente, con crisis que aparecen en forma paroxística, *a posteriori* de la exposición alérgica, cambios de temperatura, u otros estímulos inespecíficos. Los síntomas principales en niños y adultos son: prurito (nasal, ocular, ótico, faríngeo-palatino), estornudos recurrentes, secreción y obstrucción nasal. Junto a estos síntomas que definen y caracterizan la RA, existen otros, no constantes, debidos a la repercusión de la inflamación alérgica sobre la propia nariz y órganos vecinos. La inflamación nasal crónica puede generar diversos trastornos, tales como respiración bucal, sequedad de boca, molestias de garganta, trastornos de la voz y del sueño, que como dijimos, alteran la calidad de vida de los pacientes. La tos recurrente es frecuente, y su origen obedece a múltiples factores, que actúan en forma aislada o asociada: prurito e irritación faríngeo-palatina, corrimiento nasal posterior, e hiper-reactividad bronquial. La sinusitis y la otitis media secretora con hipoacusia, son frecuentes complicaciones asociadas a la alergia nasal.

- *Conjuntivitis alérgica.* Es común que la rinitis se acompañe de otras enfermedades alérgicas como la conjuntivitis. Se manifiesta clínicamente por prurito ocular, congestión conjuntival, edema palpebral y lagrimeo. La conjuntiva ocular está muy expuesta a los mismos alérgenos que la vía aérea superior, lo cual justifica la sensibilización alérgica simultánea. La rino-conjuntivitis alérgica puede tener predominio estacional cuando se vincula con alergia a pólenes de estación, o presentar sintomatología de tipo persistente, si está relacionada con alergia a los ácaros del polvo doméstico, mascotas, etc.

- *Asma alérgica.* El asma es la enfermedad alérgica, que sigue en frecuencia a la rinitis. Se define como una “enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, asociada con cambios estructurales variables, que afecta a niños y adultos de todas las edades. Está asociada con



hiperreactividad bronquial y obstrucción del flujo aéreo, a menudo reversible de manera espontánea o con tratamiento”.

La OMS estima que el asma afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, de los cuales 250 mil fallecen cada año. Se considera que muchas de estas muertes podrían ser evitadas si el paciente recibiera un adecuado control de su enfermedad, y no se limitara solo al tratamiento sintomático de las crisis.

Se ha comprobado que las personas que padecen rinitis de causa alérgica, tienen mayor riesgo de desarrollar asma a lo largo de su vida. Dado que ellas no son dos enfermedades diferentes, sino manifestaciones de una misma enfermedad, deben ser tratadas con un criterio unitario<sup>3</sup>. El asma, la rinitis y la conjuntivitis alérgica, se desencadenan por la exposición a los mismos aero-alérgenos. Los pólenes (árboles, gramíneas, malezas, etc.), tienen predominio estacional, mientras que los ácaros del polvo doméstico, alergia por mascotas, etc. son de tipo persistente, difíciles de ser evitados. Los síntomas clínicos característicos del asma, son las sibilancias, opresión en el pecho, disnea y tos persistente.

Dado el inicio precoz de las manifestaciones alérgicas respiratorias en la infancia, el diagnóstico se debe hacer en forma temprana, ya que ello facilita el adecuado tratamiento y manejo de la alergia y su comorbilidad. La historia clínica, basada en la presencia de los síntomas descritos, junto a los antecedentes familiares alérgicos, es de fundamental importancia. De ser necesario se debe complementar con estudios para detectar los alérgenos causales de la enfermedad, utilizando técnicas “*in vivo*” (pruebas cutáneas de alergia) o “*in vitro*” (dosificación de IgE total y específica para diversos alérgenos), orientados por la historia clínica.

El tratamiento integral se basa en los siguientes aspectos:

- 1) Medidas de control ambiental, a fin de evitar o disminuir los alérgenos causales.
- 2) Tratamiento farmacológico. Debe programarse según la edad, severidad de los síntomas, y tipo de manifestaciones (intermitentes o persistentes), aplicando las actuales guías de tratamiento de la rinitis, el asma y la alergia.

3) Inmunoterapia. Junto a las medidas de control ambiental, son los pilares del tratamiento etiológico o causal de las enfermedades alérgicas, que pueden modificar la evolución natural de la enfermedad, y disminuir la intensidad de síntomas y requerimiento de tratamiento sintomático.

4) Educación. Como toda enfermedad crónica, es de gran importancia para el paciente alérgico y su familia, en busca de adquirir los conocimientos necesarios para lograr el automanejo de la enfermedad.

¿Por qué la alergia es considerada una preocupación mundial de salud pública?

Aún existen muchos países o territorios de diferentes continentes, carentes de servicios especializados atendidos por alergistas. Alto porcentaje de pacientes alérgicos son tratados en servicios de atención primaria, donde se limitan a tratar los síntomas, sin profundizar en las causas, los factores desencadenantes de la alergia, y muchas veces, sin tener acceso a medicamentos adecuados.

El aumento de las enfermedades alérgicas, requiere cada vez mayor demanda de servicios atendidos por alergistas y personal paramédico capacitado, a fin de investigar las causas de la enfermedad, prevenir los síntomas, educar a los pacientes a usar medicación apropiada, y para realizar inmunoterapia específica con alérgenos.

La WAO (World Allergy Organization), ha creado conciencia médica de que las enfermedades alérgicas y el asma son un problema de la salud pública global, con un 30-40% de la población mundial que padece alguna enfermedad alérgica. Muchos de estos pacientes son jóvenes, portadores de alergias crónicas y con riesgo de que al llegar a la edad adulta la carga de la enfermedad sea mayor.

Las frecuentes alergias complejas, que implican polisensibilización y afectan a múltiples órganos, siguen en aumento, con alta morbilidad, generando a su vez mayor demanda en servicios de salud. Es posible que estos problemas alérgicos continúen aumentando, en la medida que la contaminación atmosférica y la temperatura ambiental no se controlen adecuadamente. De ser así, estos cambios ambientales afectarán los recuentos de pólenes, la presencia de insectos y de hongos asociados con las enfermedades alérgicas. No poder resolver estos

problemas en los sistemas de salud de ciertos países, dará lugar a disminución de la calidad de vida y aumento de la morbi-mortalidad. Se hace necesario crear más servicios especializados en el área de adultos y sobre todo niños, mayor formación de médicos alergistas, y promover mayor educación en alergia a médicos de atención primaria, estudiantes de medicina, y otros profesionales de la salud.

## **Alergia a las picaduras de insectos himenópteros**

**Introducción.** Las reacciones alérgicas a picaduras de insectos se conocen desde la antigüedad. La primera referencia histórica de una muerte por picadura de insectos se vincula a la lectura de los jeroglíficos de la tumba del rey Menes en Egipto, quien al parecer falleció debido a una picadura de avispa en el año 2621 AC <sup>4</sup>.

Existen más de 100.000 especies de insectos himenópteros. Si bien la mayoría de ellos tienen efectos benéficos para la ecología, las picaduras de algunas especies al ser humano, producen reacciones clínicas de grado variado, desde locales leves que desaparecen en minutos, hasta graves y mortales. La mayoría de los insectos capaces de sensibilizar pertenecen al orden Himenópteros, que a su vez se agrupan en 3 familias: Ápidos, Véspidos y Formícidos (abeja, avispa y hormiga).

Un alto porcentaje de la población general, sufre picaduras de insectos himenópteros (PIH) en algún momento de su vida. Estas picaduras contribuyen a sensibilizar a personas, al inyectarle los productos biológicos de los venenos. Si bien la incidencia de personas con anticuerpos positivos IgE específico para veneno es elevada en la población general, sólo una minoría de ellas desarrolla una reacción sistémica anafiláctica. La tasa de mortalidad es relativamente baja. En Estados Unidos mueren anualmente 40-50 personas por dicha causa. Estas cifras probablemente sean mayores, dado que muchas de estas muertes no son diagnosticadas correctamente, o no se registran como tales en los certificados de defunción. Las reacciones a PIH, acontecen a cualquier edad y predominan en varones, menores de 20 años (relación 2 a 1), quizás debido a una mayor exposición ambiental. La mortalidad es más elevada en el grupo etario mayor. Las reacciones sistémicas anafilácticas por PIH representan más del 10% de todos los casos de anafilaxia.

**Generalidades y aspectos entomológicos.** Las abejas viven en colmenas, integradas en sociedades, donde desempeñan diferentes funciones. Poseen instinto de defensa, puesto de manifiesto cuando la colonia es amenazada, lo que motiva picaduras e inoculación de veneno. El veneno es producido por una glándula oculta en el interior del último segmento abdominal, la cual constituye parte del aparato defensivo. Al picar, el veneno es inoculado a través del aguijón, constituido por un estilete y dos lancetas barbadadas que lo fijan a la piel. Al pretender volar, la abeja deja el aparato vulnerador y parte de sus vísceras fijadas a la piel, lo que produce su muerte a las pocas horas. Este hecho diferencia a las abejas de las avispas, quienes pueden picar varias veces. La glándula venenífera y el aguijón forman parte del aparato vulnerador, el cual una vez separado de la abeja persiste contrayéndose en forma rítmica y autónoma, “bombeando” veneno en la piel de la persona picada. Este mecanismo es controlado por un ganglio nervioso, anexo al aparato vulnerador. La observación del aguijón y su bolsa, permiten identificar retrospectivamente al insecto agresor, debiéndose realizar la extracción en forma cuidadosa a fin de evitar comprimirlo e inocular el remanente de veneno que permanece en su interior.

El veneno es muy volátil, lo que motiva que los apicultores estén expuestos a su inhalación y que puedan transportar pequeñas cantidades del mismo, adheridas en la vestimenta hasta su domicilio. Esto ha sido referido como posible causa de sensibilización entre sus familiares y podría explicar en parte, la mayor incidencia de accidentes alérgicos en ese grupo de personas, en relación al resto de la población.

**Tipo de reacciones y manifestaciones clínicas.** Las reacciones por PIH corresponden a cuatro categorías: 1) local, 2) local extensa, 3) sistémica o anafiláctica, y 4) tóxica.

1) *Reacción local.* Se considera reacción local a un área de inflamación y dolor en la zona de la picadura. La mayoría de los insectos al picar generan una reacción inflamatoria local, con dolor, y eritema en el sitio de la picadura, que es consecuencia de un fenómeno tóxico, no mediado por IgE, (no alérgico). La abeja y la hormiga colorada producen una reacción pseudopustulosa, con intenso dolor local, que puede durar 72 horas, y que a veces, se sobre infecta. Las reacciones locales no suelen ser de consideración, pero si las picaduras se producen en

el cuello, cara, labios o boca, pueden producir obstrucción de la vía aérea, con los riesgos consiguientes.

El veneno de abeja y avispa contiene sustancias tóxicas, que generan irritación cuando contactan la piel. Posterior a una picadura se produce una reacción tisular, en respuesta a los componentes del veneno, en general de corta duración, con enrojecimiento e hinchazón alrededor del sitio de la picadura, de un diámetro menor de 10 cm, con dolor intenso y picazón. En general, estos síntomas persisten pocas horas, si bien en personas sensibles, pueden presentar reacciones locales grandes, junto con síntomas sistémicos, como náuseas, vómitos, cefalea y fiebre.

2) *Reacción local extensa*. Es aquella que a partir de la picadura afecta a una amplia región anatómica de la piel, de más de 10 cm de diámetro, que aparece minutos u horas después de la picadura, con dolor, picazón, rubor y malestar, y persiste más de 24 horas. Puede tornarse grave cuando afecta a la vía aérea. Los pacientes tienden a repetir el mismo tipo de reacción frente a nuevas picaduras. Generalmente están asociadas a mecanismo alérgico mediado por IgE, siendo la anafilaxia la reacción de mayor gravedad. El riesgo de presentar una reacción sistémica, en pacientes con reacciones locales severas es de 5-10%. No se dispone de un marcador útil que indique qué individuo pueden sufrir una reacción sistémica futura. El 50-80% de los pacientes presentan pruebas cutáneas o IgE específicas positivas frente al veneno de himenópteros.

3) *Reacción sistémica o anafiláctica*: Es una reacción alérgica que compromete a diferentes sistemas (cutáneo, respiratorio, cardiovascular, digestivo, neurológico), mediada por IgE. Es la más grave de las reacciones a picadura de insectos y representa una emergencia médica que puede poner en riesgo la vida. Se desencadena por la liberación masiva de mediadores de mastocitos, en la cual el antígeno es alguna de las proteínas componentes del veneno. Los síntomas son de inicio inmediato, en general dentro de los 15 minutos posteriores a la picadura, en sujetos previamente sensibilizados. Los primeros síntomas son generalmente cutáneos (urticaria con o sin angioedema), que se asocian a un cuadro general de ansiedad, tos y obstrucción laríngea, broncoespasmo, trastornos digestivos, cardiovasculares, hipotensión arterial, pérdida de conciencia, y shock. Sus formas graves pueden ocasionar la muerte. La mayoría de las muertes ocurren en adultos, probablemente

por comorbilidades asociadas a la edad. Las personas que han padecido anafilaxia por picaduras tienen alrededor de 60% de probabilidad de recurrencia.

4) *Reacción sistémica tóxica*. Es dependiente de la cantidad de veneno inoculado. Se produce por picaduras múltiples, no vinculada a patogenia alérgica, sino a la toxicidad de los componentes del veneno, ya sea actuando directamente, o a través de activación de mastocitos y liberación de mediadores químicos. La acción tóxica del veneno produce taquicardia, enrojecimiento de piel, disnea, vómitos, hemólisis, insuficiencia renal aguda, daño hepático, lesión del miocardio, convulsiones, hipotensión y shock. Las características clínicas pueden ser similares a las reacciones alérgicas, y difíciles de diferenciar. Pueden llegar a ocasionar la muerte del sujeto picado.

**Diagnóstico.** El diagnóstico de alergia a las PIH se basa en los antecedentes de una reacción alérgica sistémica, con pruebas apropiadas para IgE específica del veneno. Las pruebas cutáneas y las técnicas “*in vitro*”, son fundamentales para el diagnóstico etiológico y para decidir realizar inmunoterapia específica. Si el médico diagnostica una reacción sistémica a PIH, debe determinar la presencia de IgE específica del veneno. Las pruebas cutáneas son el método de elección, que se prefiere a los métodos “*in vitro*” (RAST), dado su mayor sensibilidad y menor costo. Deben realizarse luego de 4 a 6 semanas después que el paciente haya tenido la reacción sistémica, a fin de evitar falsos negativos. Lo más utilizado son las pruebas intradérmicas, con diluciones progresivas. Las pruebas cutáneas con venenos tienen cierto riesgo de reacción alérgica, por lo que requiere ser realizada por alergista experimentado. Las técnicas “*in vitro*” se deben usar en aquellos pacientes que hayan tenido reacción sistémica, que tengan lesiones de piel que impidan realizar las pruebas cutáneas, o en caso de que las pruebas cutáneas realizadas sean dudosas. La determinación de IgE específica es menos sensible que las pruebas cutáneas, pero no acarrea ningún riesgo y se usa siempre en forma complementaria.

## Tratamiento

1.- *De la reacción local*. Como dijimos anteriormente, la abeja al querer volar, puede dejar el aguijón y su saco de veneno prendido a la

piel, contrayéndose e inoculando el veneno por unos minutos. Por lo tanto, si es posible, su extracción debe realizarse inmediatamente, dentro de los 30 segundos de picado, a fin limitar la cantidad de veneno introducido en la piel. Para ello, se debe raspar con la uña, una tarjeta, o pinza de cejas, a fin de retirar el aguijón y su saco. Las hormigas coloradas también deben desprenderse con cuidado para evitar que sigan picando. Las avispas, a diferencia de las abejas y hormigas, no dejan sus aguijones al picar. Es conveniente que las personas con antecedentes de haber tenido reacciones previas, tengan consigo un botiquín de emergencia con ampolla de adrenalina, antihistamínicos y corticoides inyectables, según indicación médica. La zona de la picadura debe higienizarse con agua, y poner alcohol iodado para prevenir la infección. Para mitigar el dolor e inflamación local, se recomienda colocar compresas frías o hielo, y de ser necesario usar analgésicos y antihistamínicos de segunda generación vía oral, como fexofenadina, que es bien tolerada.

2.- *De la reacción local extensa.* A las medidas anteriores, puede agregarse un corticoide como la metilprednisona, a fin de disminuir la inflamación.

3.- *De la reacción sistémica o anafiláctica.* Su tratamiento es similar al de cualquier anafilaxia. El paciente debe situarse en decúbito, con miembros inferiores levantados, manteniendo la *vía aérea permeable, y posible requerimiento de oxígeno. El fármaco de elección inicial es la adrenalina intramuscular, que puede repetirse en 10 o 15 minutos, si fuera necesario.* Actualmente se dispone adrenalina auto inyectable para niños y adultos. Los antihistamínicos (difenhidramina) y corticoides (hidrocortisona) complementan la acción de la adrenalina, pero no la sustituyen. En casos de obstrucción bronquial puede requerir beta - agonistas inhalados. Una vez controlado el episodio, el paciente debe ser derivado a un alergista, para valoración alergológica y posible tratamiento de inmunoterapia específica. Los pacientes con antecedentes de reacción alérgica sistémica y pruebas cutáneas positivas o niveles elevados de IgE sérica específica, deben realizar inmunoterapia con veneno.

**Inmunoterapia (IT):** Es un tratamiento eficaz y seguro, orientado a prevenir con éxito las reacciones sistémicas que sufre un paciente alérgico. Siempre debe ser indicado y realizado por un médico alergista experimentado. La inmunoterapia se realiza con extractos purificados

de veneno de abeja o vespídos implicados en las reacciones alérgicas. Los extractos de cuerpo entero se usan para tratamiento de inmunoterapia a hormigas. La IT es el tratamiento de elección para prevenir las reacciones alérgicas sistémicas debido a picadura de himenópteros. Consiste en administrar en forma subcutánea, dosis progresivas del extracto de veneno del insecto al que el paciente está sensibilizado, hasta alcanzar una dosis óptima, que se repite a intervalos regulares mensuales o bimestrales durante 5 años. Es el único tratamiento que puede, a partir de la inmunomodulación, modificar la respuesta biológica ante nuevas picaduras, y cambiar el curso natural de la enfermedad alérgica. A diferencia de las alergias a los alimentos y los medicamentos, que se controlan sobre todo evitando el alérgeno, la alergia al veneno de himenópteros tratada de forma prospectiva permite alcanzar un nivel protector de hasta 98%.

### **Anafilaxia en el ámbito anestésico-quirúrgico**

**Introducción.** La anafilaxia que acontece en el ámbito anestésico quirúrgico, o anafilaxia intra anestésica (AIA) es una importante causa de morbimortalidad en la práctica anestesiológica, que representa el 9 a 19% de las complicaciones asociadas con la anestesia. Se define como una reacción de hipersensibilidad grave, generalizada o sistémica, de aparición inmediata, generalmente imprevisible y potencialmente mortal, que ocurre luego del uso de fármacos o el contacto con determinadas sustancias durante un procedimiento anestésico.

Esta anafilaxia tiene características peculiares, que la hacen diferente de otros tipos de reacciones anafilácticas. El diagnóstico no es sencillo, ya que el paciente anestesiado no puede expresar sus síntomas, los signos cutáneos son menos evidentes al tener la piel cubierta, y el paciente recibe múltiples medicamentos y sustancias extrañas en breve tiempo, tales como anestésicos, antibióticos, antisépticos, productos sanguíneos, heparina, etc., lo cual hace más compleja la situación.

La incidencia de AIA no se conoce con exactitud, dado que la mayoría de los estudios son retrospectivos y las cifras varían en los estudios de diferentes países. La cifra estimada de reacciones de hipersensibilidad inmediata de todos los mecanismos varía entre 1 en 1.250 a



1 en 10.000 anestesiadas <sup>5</sup>. La tasa de mortalidad esperada se ubica entre 3 y 9%.

Como en toda reacción anafiláctica, los síntomas aparecen inmediatamente a la inyección o exposición del agente causal, afectando a diversos órganos y sistemas, con diferente grado de severidad. Dado que no existe una estrategia terapéutica preventiva, es el médico anestesista quien realiza la vigilancia que permite reconocer y tratar oportunamente estas reacciones

**Fisiopatología de las reacciones de anafilaxia.** Se considera que una reacción anafiláctica es alérgica cuando en ella interviene un mecanismo inmunológico, normalmente mediado por IgE <sup>6</sup>.

- *Anafilaxia alérgica mediada por IgE:* Cuando una persona susceptible se expone por primera vez a un antígeno, su sistema inmunológico produce anticuerpos de tipo IgE, que se fijan a la membrana de los mastocitos (localizados en piel y mucosas) y basófilos (circulantes en el torrente sanguíneo). Ante un nuevo contacto con el mismo antígeno, este se unirá a dos moléculas de anticuerpos IgE fijados a dichos mastocitos y basófilos, produciendo la agregación de receptores y la liberación de mediadores, responsables de las manifestaciones clínicas. Durante la reacción anafiláctica se libera cantidad de mediadores pre formados (histamina, triptasa, heparina, citocinas, etc.) y mediadores que se generan en horas posteriores <sup>7</sup>.

- *La anafilaxia no alérgica,* (antes denominada anafilactoide o pseudoalérgica), no implica un mecanismo inmunológico y, por lo tanto, no requiere haber tenido contacto previo con la sustancia desencadenante. La anafilaxia no alérgica es clínicamente indistinguible de la alérgica. Su mecanismo patogénico es difícil de establecer, pudiéndose producir por activación de la cascada del complemento y/o bradiquininas, o por estimulación farmacológica directa de los mastocitos y basófilos, que provoca la liberación de mediadores inflamatorios <sup>8</sup>. Ambos tipos de anafilaxia (alérgica o no alérgica), son la consecuencia final de la liberación de mediadores vaso activos y pro inflamatorios. La liberación inespecífica de histamina puede potenciarse cuando el sujeto es atópico, o por la inyección rápida de ciertos fármacos durante el acto anestésico. Se estima que en 60-70% de los casos de anafilaxia durante la anestesia, existe mecanismo de hipersensibilidad alérgico

mediado por IgE, siendo a menudo estas reacciones más graves que las no alérgicas.

**Clínica.** La anafilaxia es un síndrome que involucra a múltiples órganos y sistemas, tales como la piel, aparato cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y sistema nervioso. Las manifestaciones clínicas pueden aparecer en cualquier momento durante la anestesia, siendo la inducción anestésica el de mayor riesgo. En 95-98% de los casos aparecen después de la inyección intravenosa del agente en cuestión.

La gravedad de las reacciones es variable, pudiendo agruparse en grados de severidad, según escala de Ring-Messmer:

- Grado I. Signos cutáneos: eritema generalizado, urticaria, angioedema
- Grado II. Síntomas multi orgánicos leves: síntomas cutáneos, hipotensión, taquicardia, disnea, síntomas gastrointestinales.
- Grado III. Síntomas multi orgánicos graves: shock cardiovascular, taquicardia o bradicardia, arritmia cardíaca, broncoespasmo.
- Grado IV. Paro cardíaco y/o respiratorio.

**Fármacos o sustancias responsables.** Los relajantes neuromusculares (RNM), son los fármacos que más frecuentemente producen reacciones anafilácticas durante la anestesia (50-70%), seguidas por el látex (12-16,7%), y los antibióticos (15%). La incidencia de anafilaxia por RNM es de 1 cada 6.500 anestесias en las cuales se utilizan dichos fármacos. Predomina en mujeres, y tiene 6 a 10% de mortalidad. Los RNM producen anafilaxia a través de mecanismo alérgico mediado por IgE, y también por mecanismo no alérgico, debido a liberación inespecífica de histamina.

El látex es la segunda causa de anafilaxia, que sigue en frecuencia detrás de los RNM. Es un producto natural obtenido del árbol tropical *Hevea brasiliensis*, que por sus propiedades elásticas tiene múltiples aplicaciones en el ámbito hospitalario y extra hospitalario. La alergia al látex es una reacción inmunológica de hipersensibilidad mediada por IgE ante las proteínas naturales del caucho y productos químicos que

se usan en su industrialización. Los guantes de látex son los elementos más implicados en la aparición de alergia en la sala de operaciones. Los centros hospitalarios y quirófanos deben ser totalmente libres de látex. Los países que han adoptado medidas preventivas estrictas de supresión de látex, han logrado reducir la incidencia de anafilaxia peroperatoria en forma significativa.

Las reacciones anafilácticas causadas por antibióticos han aumentado en las últimas décadas, en parte vinculadas al aumento de la alergia a dichos fármacos en la población general, así como por su mayor uso actual en la profilaxis antibiótica preoperatoria. La penicilina y otros agentes beta-lactámicos como cefalosporinas, etc., son responsables del 86% de las reacciones anafilácticas peroperatorias debido a los antibióticos.

Se debe tener presente que cualquier fármaco o sustancia utilizada durante el acto anestésico-quirúrgico puede generar alergia, habiéndose descrito reacciones debidas a coloides, hipnóticos intravenosos, opioides, protamina, anti inflamatorios no esteroideos, clorhexidina, medios de contraste iodados, benzodiazepinas, etc. No se han descrito reacciones alérgicas causadas por hipnóticos halogenadas.

**Investigación diagnóstica inmediata:** Toda sospecha de reacción anafiláctica durante la anestesia, debe ser investigada por el anestesista en sala de operaciones, y de ser necesario, poner en marcha las pruebas de laboratorio inmediatas, para confirmar la reacción de hipersensibilidad, sin que ello interfiera con el tratamiento del paciente. Dichas pruebas, incluyen: triptasa sérica, histamina en plasma y estudios específicos de IgE.

- *Triptasa sérica.* Es una proteasa neutra contenida en los gránulos secretorios de los mastocitos y basófilos, que se liberan junto a la histamina, durante la reacción anafiláctica. Se considera un marcador fidedigno de la activación de los mastocitos. Tiene su pico máximo a las 2 horas y se mantiene elevada en sangre por 4-6 horas. El aumento de la triptasa sérica por encima de 25 mcg/L, junto a la sospecha clínica de anafilaxia, orienta a la etiología alérgica del episodio.

- *Histamina en plasma.* Al igual que la triptasa, la histamina también está elevada, tanto en la anafilaxia alérgica mediada por IgE, como en la reacción no mediada por IgE. Los niveles séricos de histamina

umentan a los 5-10 minutos de la reacción y disminuyen en 30-40 minutos. Dado su rápida metabolización, la extracción de sangre debe realizarse dentro de los primeros 15 minutos, hasta 1 hora, lo cual dificulta su utilización en la práctica clínica habitual.

**Investigación diagnóstica tardía.** Le corresponde al médico alergista<sup>9</sup>. Los estudios se deben realizar después de 4 a 6 semanas posteriores a la anestesia, a fin de que los niveles de IgE se hayan normalizado. El objetivo es confirmar la naturaleza de la reacción sistémica, el fármaco o agente responsable, y para instruir al paciente ante posibles procedimientos anestésicos futuros.

El estudio diagnóstico es complejo, y debe incluir todos los datos aportados por el anestesista, la historia anestésica, resultado de los estudios iniciados en sala de operaciones, y el listado de todos los fármacos utilizados. Se complementará con la historia clínica del paciente, hecha por el alergista; estudios de las pruebas cutáneas para alergia a drogas, pruebas de provocación, y pruebas de laboratorio para determinar anticuerpos IgE séricos específicos para los fármacos y agentes utilizados.

Se deberá hacer un informe final, en base a los resultados de los estudios inmediatos y tardíos realizados en concordancia con la historia clínica. En dicho informe deben figurar: los resultados de las pruebas, los fármacos identificados como seguros, y las recomendaciones para futuras anestias.

- *Pruebas cutáneas.* La historia clínica y las pruebas cutáneas (Prick test) e intradérmicas, son el pilar fundamental para el diagnóstico de anafilaxia. A través de ellas se busca identificar el agente responsable, demostrar el mecanismo fisiopatológico de la reacción, y conocer los fármacos alternativos en caso de que el paciente requiera una anestesia futura. El alergista debe realizar pruebas cutáneas en forma sistemática, con todos los fármacos o agentes utilizados por el anestesista, previo a la aparición de la reacción anafiláctica.

Los distintos relajantes neuromusculares son los responsables más frecuentes de generar anafilaxia. Estas reacciones suelen ser más graves que las desencadenadas por otros agentes. En el 60-80% de los casos los RNM tienen reactividad cruzada entre sí, siendo el ion de amonio cuaternario el determinante antigénico común. Cuando las pruebas

cutáneas son positivas para uno de ellos, será necesario estudiar el resto de los RNM hasta encontrar alguno que sea bien tolerado por el paciente. La sensibilidad de las pruebas cutáneas para los relajantes neuromusculares es alta, de 94-97%<sup>10</sup>.

Para otras drogas o sustancias (látex, beta-lactámicos, protamina, propofol, etc.) la sensibilidad de las pruebas cutáneas es de grado moderado-buena; siendo de mala sensibilidad para los barbitúricos, opioides, benzodiacepinas, anti inflamatorios no esteroideos, dextranos, medios de contraste radiológicos y clorhexidina.

No se recomienda realizar pruebas cutáneas con opiáceos (morfina, codeína, o meperidina), dado que son activadores directos del mastocito y generan falsos positivos, mientras que para los opioides sintéticos (fentanilo, remifentanilo), son útiles. Las pruebas cutáneas se deben valorar luego de 15 a 20 minutos de realizadas, comparándolas con pruebas control con solución salina (control negativo) y con codeína (control positivo).

- *Pruebas de provocación.* Cuando las pruebas cutáneas dan resultado negativo, se puede realizar pruebas de provocación. Están indicadas para los anestésicos locales, analgésicos y antibióticos.

- *Pruebas de laboratorio.* Se utilizan para determinar los niveles de anticuerpos IgE séricos específicos para diversos alérgenos, tales como suxametonio, látex, antibióticos (penicilina, amoxicilina, ampicilina, etc.). Los resultados de estos estudios comparados con las pruebas cutáneas, tienen una correlación parcial y no son concluyentes.

Al finalizar los estudios, el alergista debe advertir al paciente de cualquier sustancia que haya resultado positiva, y en dicho caso recomendar el uso de tarjeta, collar, o brazaletes, que advierta el riesgo de las sustancias indicadas. Se debe enviar un informe final dirigido al paciente, anestesista, y médico de cabecera, con la información detallada del resultado de las investigaciones, fármacos incriminados, y recomendaciones en caso de requerir anestésicos futuros. Dado lo complejo de la investigación alergológica, se requiere una estrecha colaboración entre el anestesista y el médico alergista para atender y tratar a estos pacientes.

## **Alergia a los anestésicos locales (AL). ¿Mito o realidad?**

Los AL son fármacos muy utilizados actualmente en cirugía plástica, reparadora y estética, al igual que en odontología. Actúan bloqueando localmente y en forma reversible la conducción nerviosa, produciendo una disminución del tono motor y de la sensibilidad en la zona aplicada. Según su estructura química, se clasifican en forma de ésteres del ácido benzoico o amidas. Además de la forma inyectable, se utiliza en forma de gel, spray, o pomada. En general, los AL inyectables son muy bien tolerados, aunque en ocasiones pueden generar reacciones adversas.

La verdadera incidencia de reacciones alérgicas se desconoce, estimándose en menos de 1% de todas las reacciones adversas. Sin embargo, en la práctica diaria, es muy común que cualquier reacción adversa, posterior a una anestesia local, sea atribuida en primera instancia como de causa alérgica. Esto suele generar situaciones de temor en el paciente o en el médico, lo cual puede dificultar el posterior manejo terapéutico.

Las reacciones adversas a los AL pueden ser debidas al propio anestésico (reacción alérgica), a sobredosis (reacción tóxica), a factores psicogénicos, o a sustancias vasoconstrictoras como la norepinefrina, que suele asociarse al AL para potenciar su efecto. Las reacciones alérgicas inmediatas (urticaria, angioedema y anafilaxia), son extremadamente raras. Es más frecuente la aparición de reacciones alérgicas de tipo tardío, en el sitio de aplicación en la piel (eccema), o dermatitis de contacto en profesionales expuestos como los odontólogos.

Ante la presencia de un paciente con manifestaciones de posible alergia a los AL, se debe derivar al médico alergista, con el objetivo de identificar el anestésico involucrado. La investigación diagnóstica se basa en la historia clínica, y la prueba de provocación de dosis con el anestésico.

Las reacciones alérgicas tardías, deben investigarse a través de pruebas de parche (patch test). El diagnóstico del alergista deberá constar en la historia clínica del paciente.

En nuestro país, el Servicio de Alergia Infantil del Hospital Pereira Rossell, junto con la Asociación Odontológica Uruguaya, llevó a cabo un estudio prospectivo en 5.018 pacientes (niños y adultos), sometidos a inyección de AL de uso odontológico, con el objetivo de conocer la

real incidencia de reacciones adversas y/o alérgicas, de aparición inmediata <sup>11</sup>. Se diagnosticaron 25 reacciones adversas, que representan 0,5% de la población estudiada, ninguna de las cuales fue de causa alérgica. La mayoría de las reacciones adversas (22 en 25), fueron de causa psicogénica o neuro-vegetativa de grado leve, rápidamente reversible sin tratamiento. Un caso estuvo vinculado a defectos en la técnica anestésica, y los dos últimos casos inicialmente considerados como alérgicos fueron descartados por pruebas cutáneas y de provocación con anestésico. Al igual que otras investigaciones en el tema, nuestro estudio confirmó que las reacciones alérgicas a los anestésicos locales son raras, y que la mayoría de las reacciones adversas durante la anestesia son de causa psicogénica o neurovegetativa, vinculadas a los temores que genera el tratamiento en algunos pacientes susceptibles. .

### Referencias bibliográficas:

1. Spergel JM. From atopic dermatitis to asthma: the atopic march. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2010; 105:99-106
2. Baluga JC, Sueta A. Prevalencia del asma y enfermedades alérgicas en la población infantil de Uruguay. *Rev Med Uruguay.* 1993; 9:30-6.
3. Brozek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S. et al. Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol.* 2017; 140(4):950-8
4. Ring J, History of anaphylaxis. *Allergy and clinical immunology international* 2003; 15(4):144-148
5. Mertes PM, Tajima K, Regnier-Kimmoun MA, Lambert M, Iohom G, Gueant-Rodriguez RM, et al Perioperative anaphylaxis *Med Clin North Am* 2010;94(4):761-789
6. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use. Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization. October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113:832-6
7. Lieberman P. Anaphylaxis. *Med Clin North Am* 2006;90(1):77-95
8. Ebo DG, Fisher MM, Hagendorens MM, Bridts CH, Stevens WJ, Anaphylaxis during anesthesia: diagnosis approach. *Allergy* 2007; 62(5):471-487
9. Harper NJ, Dixon T, Dugue P, Edgar DM, Fay A, Gooi HC, et al. Suspected anaphylactic reactions associated with anesthesia. *Anesthesia* 2009; 64(2):199-21
10. Mertes PM, Malinovsky JM, Jouffroy L, Aberer W, Terreehorst I, Brockow K, et al. Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guidelines for clinical practice. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011; 21:442-53.
11. Baluga JC, Casamayou R, Carozzi J, et al. Allergy to local anesthetics in dentistry. Myth or reality? *Allergol et Immunopathol* 2002; 30(1):14-19





## Capítulo 7

# INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER PRIMER SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL URUGUAY

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

El Instituto Nacional del Cáncer (INCA), es una dependencia del MSP, a cargo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, (ASSE), cuyo nombre actual data del año 2009. El Instituto fue creado con la finalidad de la detección temprana del cáncer y la de realizar los tratamientos correspondientes. Está ubicado en la calle Joanicó 3265. Sus inicios se remontan a enero del año 1913, bajo el nombre de Instituto de Radiología, año en que se le autorizó a importar desde Europa material radioactivo con el fin de realizar tratamientos a los pacientes con cáncer. Esta había sido una propuesta realizada en la Facultad de Medicina por el Prof. Dr. Américo Ricaldoni, en 1912, cuando era Decano el Prof. Dr. Manuel Quintela. El Instituto comenzó a funcionar en diciembre de dicho año y estaba ubicado con frente a la Av. 8 de Octubre, mientras que sus fondos daban a la calle Joanicó, precisamente donde se levantó el nuevo edificio con la nueva denominación.

Por decreto ministerial No. 8560 del año 1945, del ministro de Salud Mattiauda, según escribe el propio Dr. Ardao transcripto por Antonio Turnes en su libro sobre Héctor Ardao, se creó el primer Centro de Cirugía Plástica dependiente del MSP que funcionaría en el servicio del Prof. Chifflet, ubicado en el Hospital Pasteur, al tiempo que se designaba como director honorario al Dr. Héctor Ardao. Ese Centro carecía de rubros, de presupuesto y de local. En 1946 se produce un acuerdo entre el nuevo Ministro de Salud Pública Francisco Forteza y el Director del Instituto de Radiología Dr. Pedro Barcia. El mismo consistía en trasladar el Centro de Cirugía Plástica a Radiología, el que a su vez se comprometía a brindar atención médica y quirúrgica a los pacientes que necesitaran tratamientos de cirugía plástica mientras el Instituto le ofrecería un local apropiado, instrumental quirúrgico y salas tanto de internación como de operaciones. El Centro que el Dr. Ardao menciona a partir de ese momento como “Servicio de Cirugía Plástica” pasó a funcionar en esa nueva ubicación en marzo del año 1946.

El Dr. Ardao acababa de regresar de un viaje por Inglaterra donde había conocido en Londres a uno de los fundadores de la cirugía plástica reparadora moderna; se trataba de Sir Harold Gillies que dirigía un servicio de la especialidad en el Hospital de la Reina, llamado más tarde Hospital Queen Mary, para posteriormente también trabajar en el Hospital Park Prewett, según el libro ya mencionado. Gillies había adquirido renombre mundial, al tratar miles de pacientes que presentaban generalmente traumatismos ocasionados por la guerra. Heridos de cara, de los miembros, manos, y con quemaduras, eran la rutina en esos servicios. Imaginamos que para un cirujano como Ardao que no estaba acostumbrado a tratar ese tipo de pacientes pudo haberlo hecho entusiasmar, y a su vez constatar la gran expansión que adquiriría la cirugía plástica reparadora.

## **ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL NUEVO SERVICIO**

Sin embargo, en el Instituto de Radiología la mayoría de los pacientes a tratar serían del tipo oncológico, aunque más adelante también se sumaron pacientes que tenían otras patologías diferentes a la oncología, como lesiones de la mano, así como hasta malformaciones congénitas en niños. Pero al tratarse de un servicio incluido dentro del

área de oncología, la mayoría de los pacientes tenían esa patología. Recordemos que era el único Centro del MSP donde se hacían tratamientos radiantes a los paciente oncológicos, por lo que llegaban allí numerosos pacientes del interior de la República. Muchos de los cuales consultaban por lesiones que se encontraban en estado muy avanzado y algunas de ellas fuera de todo tipo de tratamiento. Este fenómeno también lo observó el Dr. Irigaray en sus primeros años de trabajo en el servicio del Hospital Pasteur, por los años 70 y 80. Más adelante las consultas de ese tipo de pacientes fue disminuyendo y se comenzaron a recibir consultas por pacientes que tenían patologías oncológicas en etapas más incipientes, por lo que se transformaban en más fáciles de tratar y de curar. Consideramos que este cambio se debió al incremento notorio de médicos que se radicaron en el interior, lo que favoreció una consulta más rápida y sencilla.

Se decía por parte de médicos que habían asistido al Instituto, que en una ocasión el Dr. Ardao estaba operando un paciente con un tumor de nariz, realizando la misma bajo la modalidad de anestesia local, es decir dar anestesia mediante inyecciones sólo en la zona donde se está operando. Mientras Ardao realizaba la extirpación del tumor, se dio cuenta que el mismo no era tan superficial como estimaba ya que avanzaba por el tabique de la nariz, del cual también tuvo que extirpar una porción. Por ello, el plan del tratamiento reparador establecido inicialmente, lo consideró totalmente insuficiente como para cubrir toda la zona cruenta que había quedado al final de la extirpación. Irigaray quiere remarcar enfáticamente que es en esos momentos donde el cirujano demuestra sus conocimientos y habilidades como para poder cambiar los planes en plena operación y existe un dicho bien criollo que ejemplifica la situación que es “allí es donde se ven los pingos”. Ardao que era un gran cirujano y poseedor de gran experiencia, suponemos que iría pensando en todas las posibilidades que tenía para cubrir esa zona; es un momento de gran concentración ya que hay que decidir sobre la marcha y que por instantes el equipo quirúrgico y el personal de sala de operaciones no perciben la situación en la que se encuentra el cirujano. Los buenos cirujanos **no deben perder la calma nunca; el paciente les entregó lo más sagrado que tiene que es su cuerpo, y el cirujano es responsable de llevarlo a buen puerto. El cirujano que pierde la calma es un cirujano inseguro y debería repensar si su vocación es la cirugía.** Ardao tomó la decisión de cubrir esa zona con

un colgajo que se desplazó desde la frente. Muy parecido al colgajo indiano del que se habló desde el primer capítulo. Un colgajo, se trata de una porción de piel completa que incluye piel, tejido adiposo y en ocasiones músculos, que se desprende en parte de la zona donadora, pero necesariamente debe conservar una zona importante unida al cuerpo para que por allí pasen las arterias y venas para que mantengan viable ese trozo de piel desprendido y que al ser girado llegue a la zona que necesita cubrirse. La confección correcta de un colgajo también necesita de un cirujano habilidoso. Al finalizar la operación todos los presentes estaban absortos ante el resultado obtenido y la precisión de la operación realizada. Como casi es de rutina en los pacientes que se operan con anestesia local, es decir que están despiertos durante la cirugía, el cirujano una vez finalizada la operación le preguntó:

“¿Cómo anda amigo, como pasó?”,

y entonces el paciente, que era del Interior, le respondió:

«Bueno , la pasé bien , aunque me dolió un poquito lo de la frente».

Allí fue cuando todos se dieron cuenta que al no estar previsto realizar el colgajo de la frente, al levantarlo iino le habían inyectado anestesia!! Debemos decir que se contaba este episodio como algo excepcional, porque es casi **absolutamente** imposible que vuelva a suceder. Es imposible, porque si bien el cirujano en ocasiones cuando tiene que cambiar de planes está muy concentrado en lo que va realizando, tanto el cirujano ayudante, como la instrumentista le avisan de la colocación de la anestesia, para eso están; pero además el paciente inmediatamente si alguien lo punciona o lo pincha con el bisturí al sentir dolor rápidamente lo hace notar. A mi entender en este caso excepcional se unieron varios factores como que el personal que lo ayudaba se concentró mucho en la situación y sobre todo pensamos que por todo el respeto que impartía la personalidad de Ardao, se pudieron abstener de hacer notar alguna falta, y pensamos también que el paciente del interior habría interpretado que así era la operación y debía soportar el dolor. Según Irigaray sólo una vez en casi 50 años de desempeño de la cirugía tuvo que realizar una operación sin ningún tipo de anestesia. Se trataba de una paciente con alergia totalmente comprobada a cualquier tipo de anestésicos inyectados en forma local. (Ver el capítulo sobre Alergias y Cirugía). La lesión estaba en un brazo

y era de carácter maligno, el tamaño era pequeño, por lo que la resección no implicaba dejar una zona cruenta muy grande, por lo que se podía cerrar suturando los bordes que quedarían cercanos. Por ello, tanto la paciente como el cirujano, entendían que el uso de anestesia general era una exageración, ya que implicaba cierto riesgo y una internación. La paciente luego de preguntar por el tiempo que demandaría la operación, que sería de unos treinta minutos, sugirió que se operaría sin anestesia alguna, y que de algún modo se concentraría de tal forma que no pensaría que la estaban operando. Para un cirujano es muy difícil realizar un corte en cualquier zona del cuerpo sabiendo el dolor que le produce. Para Irigaray fue la operación que más lo hizo sufrir. A cada instante le miraba la cara del paciente para ver sus reacciones, a su vez tenía que realizar una resección amplia como para asegurarle que se curaría sin necesidad de realizar otras cirugías. Con este ejemplo quiere transmitirse que **la sensación del dolor** es muy subjetiva. Hay pacientes a los que se les previene que les va a doler un poco en el postoperatorio y posteriormente dicen que no sintieron nada, así como hay otros pacientes que en las mismas circunstancias necesitan tomar analgésicos.

## ACTIVIDAD DOCENTE

Según la opinión de Turnes en el libro ya mencionado, así como la del Dr. Guillermo H. Fossati transmitida oralmente, fue en ese servicio donde comenzó junto con la actividad asistencial, la actividad docente de la cirugía plástica. Siempre se realizaba docencia ya sea en las visitas a los pacientes internados, como durante las operaciones, pero el momento más importante eran las policlínicas de coordinación de los días miércoles. Fossati suponía que Ardao había tomado el formato de realizar la coordinación de lo que hacía Gillies en Inglaterra y por supuesto se siguió haciendo posteriormente por el mismo Fossati en el Hospital Pasteur. Una vez que se había controlado a los pacientes internados que ya habían sido operados con anterioridad, se pasaba a decidir sobre los pacientes que serían operados en los siguientes días. Si el paciente internado estaba capacitado para caminar o si el paciente era ambulatorio se le sentaba en el centro del aula, mientras todos los médicos se sentaban en círculos alrededor. **El paciente es el centro de la reunión**, se decía, y se le demostraba gran respeto. Una vez examinado, se le retiraba del aula y se hablaba del diagnóstico, se conocían los

exámenes de laboratorio que tenía, y se realizaba un cambio de ideas acerca de cuál sería el mejor tratamiento a realizar. Siempre se piensa y se trasmite, que no hay ningún otro método que sea mejor para los pacientes que ese procedimiento donde los médicos se consultan entre sí, para diferenciarla de la atención que presta un solo médico en una policlínica en la que toma una decisión en aislamiento total sin discutir el caso con nadie. En la policlínica de los miércoles del hospital, además del aprendizaje que se recibía en ese intercambio de opiniones, también se decidían los equipos quirúrgicos, es decir cirujano y ayudante para cada paciente. Es un momento de gran expectativa ya que es el Jefe del servicio el que hace esas designaciones y cuando se está en etapa de aprendizaje es él quien decide cuál es el cirujano que está capacitado para realizar algún tipo de operación. Cuando se está aprendiendo, a cada cirujano le gustaría operar la mayor cantidad de pacientes posibles, pero es el Jefe, lo mismo que un director técnico de deportes, el que decide quien juega o quien queda en el banco.

En determinados servicios, y sobre todo con jefes muy autoritarios, los cirujanos no se pueden apartar de lo que se decidió hacer durante la coordinación. Ese autoritarismo de los Jefes procedía de la llamada escuela francesa de medicina, allí el profesor caminaba siempre delante del resto de los médicos que integraban su clínica. En el capítulo que se habló sobre la popularidad que tenía la clínica dirigida por el Prof. Chifflet en el piso 9 del Hospital de Clínicas, era porque había dejado de lado esa forma de dirigir los servicios para hacerla mucho más humana, y por ello se remarcaba que en el anfiteatro del Hospital de Clínicas el Prof. Chifflet siempre se sentaba entre los estudiantes y no en el escritorio que estaba delante. El Dr. Irigaray quiere enfatizar que **siempre enseñó que la estrella no es el cirujano, que si así piensa está completamente equivocado; la estrella en la medicina es el paciente y es a quien debemos tratar y estar a su servicio.**

Pero en aquella época, el que dirigía podía ser muy autoritario, y el que se enemistaba con el Jefe podía estar un buen tiempo sin operar o tener un trato peor como se describirá. En otro capítulo ya se relató el caso de Gillies cuando un día pasando visita a los pacientes internados ya operados, detectó que a uno de ellos no se le había realizado la cirugía planificada en la coordinación. Sin embargo tanto la operación realizada como el paciente estaban muy bien. A pesar de ello, Gillies

le pidió al cirujano actuante, que había sido el Dr. Mustardé, que al finalizar la visita a los pacientes pasara a verlo por su escritorio. Así lo hizo Mustardé que, de pie delante del escritorio, escuchó al Dr. Gillies, quien sin levantar la vista de una nota que estaba escribiendo, le decía: **“a partir de mañana no venga más”**, sin ofrecerle explicación alguna. Interesante es hacer notar que el mismo Dr. Mustardé, fue el que contó esa anécdota durante una conferencia que dictó en Buenos Aires, y que llegó a ser uno de los mejores cirujanos de párpados del mundo, y sus libros son de consulta permanente.

Desde el punto de vista docente el servicio atraía no sólo a cirujanos uruguayos sino a muchos cirujanos extranjeros, que estaban deseosos de observar y aprender las técnicas de la cirugía plástica. Debe hacerse notar que existían muy pocos lugares en América Latina en los que se realizara docencia. Hecho muy similar ocurría alrededor de la misma época con la cirugía estética, ya que existían pocos lugares no ya en América sino en el mundo, donde ese tipo de cirugía se realizara correctamente y se enseñara. Recuérdese que en el capítulo correspondiente a cirugía Estética se destacó que los cirujanos plásticos concurrían de USA a México con el fin de aprender esa técnica.

Ardao brindaba docencia no solo en el Instituto de Radiología, sino también en el piso 7 del Hospital de Clínicas, mientras estuvo allí, y también permitía que fueran médicos extranjeros a observar las actividades que se desarrollaban en el Servicio de Cirugía Reparadora del Banco de Seguros del Estado, de donde era el jefe de servicio.

Este tipo de docencia disminuyó en parte cuando la Facultad de Medicina creó la Cátedra de Cirugía Plástica y cuando posteriormente se autorizó con el mismo fin al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur. Ambos centros se constituyeron en los dos únicos lugares del Uruguay donde se brindó docencia oficial y se otorgaron títulos de especialistas. Ante esta realidad hubo una excepción, que la constituyó el grupo de cirujanos que rodeaban al Dr. Germán Möller, cuyos integrantes, una vez obtenidos los títulos continuaban concurriendo allí donde Möller realizaba sus actividades, ya fuera por afecto al maestro, así como para continuar recibiendo sus enseñanzas. De allí los grandes grupos de cirujanos que concurrían a las policlínicas de cirugía plástica del Instituto de Traumatología y también, en el momento en que Möller se hizo cargo del centro de cirugía plástica del Instituto de Ra-

diología, constituyéndose en lo que Fossati llamaba un docente Libre, es decir sin Cátedra.

Mientras Ardao estuvo como jefe de servicio en Radiología, fue rodeado de un grupo distinguido de técnicos, entre ellos destacamos al Dr. Javier Pietropinto, reconocido cirujano odontólogo. con quien uno de los autores tuvo el placer de compartir ciertas cirugías reparadoras. El Dr. Javier Altman, reconocido por su participación en el tratamiento del labio fisurado o leporino. El Br. León Ormaechea, quien actuaba como anestesista. Más adelante se unieron los Dres. Guillermo H. Fossati, Gonzalo Cáceres, Eugenio Bonavita Páez, y el ya nombrado Germán Möller. Una incorporación que marcó la estadía de Ardao en el Instituto fue la del Dr. Enrique Apolo, a quien Ardao admiraba y de quien escribió uno de los editoriales de la *Revista de Cirugía Plástica del Uruguay*. Apolo había regresado de Europa donde se había perfeccionado en el tratamiento de la malformación congénita llamada labio leporino. En ese momento Apolo no tenía un servicio donde realizar sus cirugías y Ardao le ofreció el centro de cirugía plástica del Instituto de Radiología.

Más adelante, se incorporaron los Dres. Juan J Hornblas, Carlos Ferratti, Aldo Roncagliolo, Enrique Pera Erro, Oscar Inzaurrealde, Jorge Verges, Martín Palacio del Val, Marcos Colombo y Mario Sarlo Oneto. Entre los cirujanos extranjeros que visitaron a Ardao, el Dr. Irigaray llegó a conocer personalmente, al Dr. Jorge Bracho de Ecuador, de quien recuerda una muy linda anécdota relatada en el capítulo que habla sobre los misterios de la cirugía plástica en el Uruguay. También llegó este autor a conocer al Dr. Ángel González, gran cirujano de México, quien se llevó de Uruguay no sólo las enseñanzas de Ardao sino también su esposa uruguaya, pero no fue el único que le sucedió ese hecho, ya que a una estudiante de posgrado que cursó en el Hospital Pasteur y además aprobó el curso, cuando regresó a Colombia se le decía que se llevaba de Uruguay tres tesoros, el título de especialista, su marido y su pequeño hijo que nació en Uruguay.

Ardao también mencionó como asistentes extranjeros a los Dres. Alberto Carrión de Perú y Doralvo Franco de Paraguay. En la medida que aumentaba la responsabilidad de Ardao como Profesor Director de la Clínica Quirúrgica F, del piso 7 del Hospital de Clínicas, y sobre todo luego de obtener el mismo cargo pero en la clínica A del piso 9



del mismo Hospital, fue espaciando sus visitas al Instituto de Radiología hasta que finalmente dejó de concurrir. En ese momento, finales de 1969, asistían al Instituto solamente dos cirujanos que tenían cargos rentados en el MSP, ellos eran los Dres. G. Fossati y G. Cáceres, aunque este último en ese momento pidió un traslado a otra dependencia del MSP, por lo que quedó solamente el Dr. Guillermo H. Fossati, como perteneciente al área del Ministerio de Salud Pública. Ante ello fue nombrado como jefe interino del servicio en radiología. Pero llegado a fines del año 1971 fecha en que el Ministro del momento le pidió que trasladara el servicio de cirugía plástica hacia el nuevo edificio que se había construido en el Hospital Pasteur. Ese edificio brindaría solo atención a pacientes de la especialidad sin tener que compartir su planta física ni sus salas de operaciones con ninguna otra especialidad, hecho que para la cirugía plástica significaba un gran reconocimiento. Cabe recordar que el edificio había sido ideado y diseñado por el Profesor Ardao, pero en ese preciso momento estaba ejerciendo su tan anhelado cargo de profesor de cirugía. El ministro como fue dicho, decidió el traslado del servicio desde Radiología hacia el Hospital Pasteur, ya que el edificio no solo estaba pronto sino que también ya se había seleccionado el personal que trabajaría allí. Al Dr. Guillermo H. Fossati lo acompañaron los Dres. Juan J. Hornblas, Carlos Ferratti y Aldo Roncagliolo, y además varios funcionarios. Ver el capítulo sobre dicho servicio.

Mientras tanto, se mantuvieron en el servicio de Radiología, el Dr. Germán Möller junto a los Dres. Ana Puig, Líber Mandressi y Juan A. Castiglioni, éste último comenzó a concurrir en 1973, cuando ya había obtenido por concurso el cargo de jefe de clínica quirúrgica GII, cargo de comienzo de la docencia en cirugía general. El Dr. Rúben Ardao fue quien orientó a Castiglioni a recorrer ese camino. Al mismo Rúben Ardao fue a quien consultó el Dr. Irigaray en el momento de recibirse de médico para conocer el camino a recorrer a fin de continuar una especialidad quirúrgica, obteniendo la misma respuesta: primero tres años de cirugía y luego continuar con las especialidades.

En 1976 se integró al servicio de Radiología el Dr. Juan Vanerio que en ese entonces era practicante interno. Más adelante se incorporaron la Dra. Jackeline Ramos, el Dr. Rodríguez Moreno, y posteriormente los Dres. René Wolff, Augusto Villar, y López Garbarino.

En 1982 se integró el Dr. Harry Giuria quien reconoce al Dr. Möller, y a los Dres. Castiglioni y Vanerio como sus maestros. Poco más adelante llegaría el Dr. Daniel Kertesz que provenía de Cuba, allí graduado como cirujano estomatólogo.

En 1985 el Dr. Germán Möller se retiró de dicha jefatura, la que interinamente continuó ejerciéndola el Dr. Líber Mandressi. En 1990 el Dr. Luis María Möller, obtuvo el cargo del MSP quedando al frente del servicio. Cuando el Instituto cambió de edificio, hacia uno nuevo sito en la vereda de enfrente por la calle Joanicó, se mejoraron notablemente las comodidades tanto en las salas de internación así como de las salas de operaciones. Las actuales salas de operaciones también son utilizadas por cirugía general, ORL y urología.

En 2010 el Dr. Carlos Palacio obtuvo por concurso un cargo denominado de cirugía plástica con destino al actual Instituto Nacional del Cáncer (INCA), estando en esa jefatura hasta el presente.

## Capítulo 8

### HOSPITAL PASTEUR

ALBERTO IRIGARAY

Se ha escrito mucho sobre el Hospital Pasteur ya que es parte de la historia nacional; ya sea por su utilización durante la Guerra Grande o posterior a ella. Uno de los principales escritos sobre este edificio se trata de la obra: "La Historia del Hospital Pasteur", escrita por el Dr. Héctor Brazeiro Díez, la que más adelante fue ampliada y complementada por el Dr. Antonio Turnes. Los hitos principales de su larga historia antes de ser destinado a hospital fueron: en su comienzo el edificio fue construido como Seminario, posteriormente fue cárcel a la que se le adjuntó una comisaría de extramuros, luego se destinó a Escuela Primaria, más adelante pasó a ser un Asilo de ancianos y mendigos (Asilo de Mendigos desde 1860), para finalmente ser destinado a hospital de adultos. Como Asilo contaba con una enfermería a la que concurría un médico en forma regular; fue esa enfermería la que una vez construido el Asilo de ancianos definitivo (el Hospital-Hogar "Dr. Luis Piñeyro del Campo"), a pocos metros de allí, la que dio nacimiento a la idea de destinar todo el edificio para que se utilizara como hospital. El edificio contaba también con una capilla, la que no se destruyó durante su uso como hospital, sino que actualmente ese espacio se destinó a salón de actos. Para ello se tuvo que cubrir al altar con una pared de yeso.



La idea de la construcción del edificio fue del Gral. Manuel Oribe pero no pensaba en destinarlo a hospital porque el ejército sitiador en la Guerra Grande tenía sus hospitales en el Cerrito, sino que en principio se destinó como Seminario. Se buscó la forma de financiar las construcciones, de manera que se presentó como un conjunto arquitectónico que incluía el Seminario, una plaza y una gran Iglesia, que se llamaría de San Agustín. Una vez conseguidos los fondos necesarios, se realizaron las expropiaciones, y comenzaron las construcciones. En agosto de 1860 se inauguró el edificio con destino a Asilo, el que se fue ampliando en varias etapas. Sin embargo en 1921, se ideó construir el Asilo en un terreno lindero, en un lugar que se conocía como la Quinta de Basáñez, con frente a la calle Larravide. A tal fin se construyeron 6 pabellones de una sola planta que daban cabida a unas 400 personas.

Una vez realizada la mudanza y teniendo como base la enfermería que tenía el edificio del ya ex Asilo, se pensó en destinar todo el edificio para utilizarlo como hospital. Una vez que se realizaron las reformas necesarias, en noviembre de 1922 se inauguró el hospital, pasándose a llamar Louis Pasteur, ya que se conmemoraba el centenario del nacimiento del científico francés, que sería el 27 de diciembre de 1822. La inauguración definitiva ocurrió en octubre de 1923 fecha en la que se descubrió un busto con la figura de Pasteur. El edificio fue ampliándose, erigiéndose una segunda planta destinada a las salas de operaciones. Entre las construcciones se encuentra una torre que el Servicio de Cirugía Plástica tomó como logo para su papelería y que aparece en la presentación de todos nuestros trabajos científicos. Esa torre, también llamado mirador de Oribe, se destacaba mucho ya que era una de las pocas construcciones en altura de aquél momento. Se piensa que fue ideada y construida por un maestro constructor catalán quien también había planificado el colegio Seminario inicial. Se trata de una torre de 3 pisos con barandas de hierro al estilo de los minaretes árabes, rematada en azulejos como las torres andaluzas. Este mirador se terminó de construir en 1850 y hoy permanece incambiada, con sus azulejos brillantes a pesar de la falta de mantenimiento.

A fines de los años 60 se comenzó a construir un edificio anexo al hospital y que finalizó hacia 1971, fue construido en el mismo predio pero cuyo frente mira hacia la calle Cabrera, y por allí tiene una entrada independiente por medio de un amplio portón. El edificio no llega hasta la esquina con la calle Larravide, ya que allí permanece otra pequeña puerta que pertenece al edificio original, por medio de la cual se accede a una escalera de mármol que nos deja en la Planta baja del Hospital. Es por ese desnivel del terreno, que cae desde 8 de Octubre hacia el sur, que podemos explicar que una vez que se pasa el portón de entrada del nuevo edificio se llega a lo que sería el subsuelo del Hospital y para acceder a la planta baja del nuevo edificio que se equipara a la planta baja del Hospital hay que subir una escalera o tomar un ascensor para ascender un piso. Esa dificultad hizo que ese acceso no se utilizara y ese espacio de la entrada por la calle José Antonio Cabrera con lugar de espera frente al ascensor, se destinara en su momento, a instalar un Laboratorio de Microcirugía. Sin contar con esta entrada dificultosa, el resto del edificio tiene dos plantas, la planta baja tiene una entrada a nivel del hospital, que hace la accesibilidad más fácil

a los pacientes. Allí comenzó a funcionar la parte administrativa del Servicio, junto con 3 salas de internación que contaban con 4 camas cada una, y dos salas individuales con amplias bañeras. Recuérdese que este edificio totalmente nuevo fue ideado y planificado por el Dr. Héctor Ardao quien pensaba que se utilizaría como servicio de cirugía plástica y atención de quemados. En la parte alta, a la que se accede por el único ascensor que da cabida cómodamente a una camilla, o por la escalera, se sitúan: un aula muy amplia, 2 salas de operaciones, una tisanería, un estar postoperatorio, y un estar médico. Por lo descripto y sobre todo por la presencia de grandes bañeras situadas en el centro de las habitaciones individuales, se deduce que el edificio fue pensado para tratamiento de pacientes quemados, aunque como veremos cuando hablemos del CENAQUE, el tratamiento del gran quemado es multidisciplinario. Por lo que el edificio construido ya en el momento de su inauguración era inadecuado para el tratamiento de los pacientes quemados agudos. Sin duda que se trataba de una mejora en el tratamiento si lo comparamos con las salas de internación de aquél entonces, las llamadas salas generales, y llegaban a albergar hasta 20 camas. Como se dijo quien había estado detrás de la planificación y la gestión para que ese servicio de construyera había sido el Prof. Héctor Ardao. Este hecho es muy interesante ya que Ardao, en 1971 cuando se había terminado la construcción del edificio en el Hospital Pasteur, él había reducido su actividad y responsabilidad como Director del Servicio de Cirugía Plástica del Instituto de Radiología, hoy Instituto Nacional del Cáncer que era el servicio que debería mudarse para comenzar a utilizar el nuevo edificio. Según surge del libro sobre el Profesor Ardao publicado por Antonio Turnes, en ese momento Ardao había volcado su mayor esfuerzo y responsabilidad hacia el cargo de profesor de cirugía. En febrero de 1963 Ardao fue designado Profesor Director de la Clínica Quirúrgica F que tenía asiento en el piso 7 del Hospital de Clínicas, cargo que ocupó hasta agosto de 1969, fecha en la que es designado como Profesor Director de la Clínica Quirúrgica A ubicada en el piso 9 del mismo hospital; esta cátedra después de la muerte del profesor Abel Chifflet se encontraba bajo la dirección interina del Prof. Roberto Rubio. Según se desprende de los dichos de sus alumnos que concurrían al Servicio de Radiología, luego del año 1968 el profesor Ardao comenzó a espaciar su concurrencia y desde 1969 dejó de presentarse en dicho servicio. Podría llamar la atención por qué dejar un

cargo de profesor en la clínica del piso 7 para aspirar a otro del mismo nivel y en el mismo hospital pero en el piso 9; sin embargo no era lo mismo un sitio que el otro. Cuando los estudiantes tenían que hacer sus cursos de cirugía, la clínica del Prof. Chifflet en el piso 9 era por lejos la más prestigiosa, contaba con cuatro salas del hospital, con un plantel de cirujanos muy importantes, y además tenía dos salas para internar pacientes de urología que dirigía el prestigioso urólogo Prof. Frank Hughes. Por otra parte el estilo de ser del Prof. Chifflet, lo había hecho muy popular entre los estudiantes. Recordamos que en las primeras clases siempre nos decía, que no lo veríamos “en el anfiteatro sentado en el escritorio delante de ustedes, sino que lo veríamos sentado entre ustedes”. Considera este autor que vale la pena recordar que en ese tiempo la clínica médica más popular entre los estudiantes era la clínica del Prof. Pablo Purriel. Según el Dr. Guillermo H. Fossati, a pesar de ser uno de los impulsores de la cirugía plástica el Dr. Héctor Ardao no quería que los cirujanos lo consideraran un **plástico**, porque eso le podía impedir llegar a ser profesor de cirugía. Este hecho es muy importante en la historia de la cirugía plástica en el Uruguay, ya que cuando tuvo que decidir entre ser el primer profesor de cirugía plástica o ser profesor de la clínica quirúrgica eligió esto último y retrasó el comienzo del curso de posgrado de la especialidad de cirugía plástica. El cargo de profesor de cirugía lo dejó por límite de edad a fines de 1972. Esta fecha es crucial ya que el Servicio de Cirugía Plástica del hospital Pasteur comenzó su actividad en 1971 y el Prof. Ardao impulsor de la idea, estaba ausente.

Una vez finalizado el nuevo edificio, tanto el ministro de Salud Pública Dr. Walter Ravenna, como el director del Hospital Pasteur Dr. Samuel Villalba solicitan al jefe del servicio de cirugía plástica del Instituto Nacional del Cáncer, único servicio también dependiente de Salud Pública que se traslade al edificio construido y pronto para funcionar. Como fue dicho, el fundador y director del único servicio de cirugía plástica del MSP, hasta ese momento era el Dr. Ardao y estaba situado en Oncología; Ardao había espaciado su concurrencia a ese servicio, hasta dejar totalmente de asistir al mismo; por esa razón se nombra en 1970 interinamente al único cirujano que tenía un cargo dependiente del MSP, y ese nombramiento recae en el Dr. Guillermo H. Fossati. Aunque había un llamado a concurso para director del servicio del Hospital Pasteur, el tribunal nunca fue nombrado y por ello

jamás se tomó resolución alguna por ese medio. La única posibilidad de que el servicio nuevo comenzara a funcionar era que el Dr. Fossati, se trasladara desde Oncología al Hospital Pasteur y organizara y dirigiera ese nuevo servicio, éste sí de uso exclusivo para cirugía plástica. Dada la importancia que tenía, la Sociedad de Cirugía Plástica ante la ausencia de una cátedra oficial de la especialidad, el Dr. Fossati solicita que se realice una asamblea extraordinaria con el fin de analizar el tema de la jefatura. Recuérdese que aún no estaba aprobada la cátedra de cirugía plástica y la Sociedad era el único organismo que podía otorgar, cumplidas varias exigencias, el título de cirujano plástico con validez nacional. Reunida la asamblea y con una nutrida concurrencia se decidió por mayoría que el Dr. Fossati aceptara la sugerencia del ministro y trasladara el servicio desde Oncología al Hospital Pasteur. El Dr. Fossati logró de esa forma legitimar su nombramiento, el que produjo, como era de prever una ruptura de relaciones con el Dr. Ardao, quien sentía ese edificio nuevo como propio. Pero la realidad fue que en los momentos decisivos acerca del traslado del servicio, el Dr. Ardao estaba ausente y había aceptado ser el director jefe de una clínica quirúrgica, que además había sido el sueño de toda su vida. Este dilema es tratado más extensamente en el Capítulo de los misterios de la cirugía plástica, ya que la pregunta sobre si el sueño de toda la vida de Ardao era ser profesor de clínica quirúrgica ¿qué motivos tenía para luchar tanto por la cirugía plástica?

El Dr. Fossati tomó la precaución de enviar una nota con su firma, al ministro de Salud Pública, al director del Hospital y al Propio Dr. H. Ardao, en la que acepta el cargo. Estos sentimientos del Dr. Ardao tuvieron una derivación posterior ya que años después, cuando ya había finalizado su profesorado por límite de edad que fue en 1972, y corriendo el año 1976, se presentó una mañana muy temprano en el servicio del Hospital Pasteur que se había inaugurado en 1971, subió las escaleras que recorría por primera vez, en el edificio que él había diseñado. Este episodio lo vivió personalmente este autor, ya que junto a otros médicos se encontraba allí en ese momento. El Dr. Ardao traía consigo unos documentos, y entró en el aula donde se dirigió directamente hacia los Dres. J. J. Hornblas y A. Roncagliolo a quienes conocía de su época como jefe de oncología, el Dr. Fossati no estaba presente ya que se encontraba de licencia, a los demás cirujanos presentes se les pidió que se retiraran y cerraran la puerta. Tenían, los que fueron



invitados a salir, gran expectativa de lo que pudiera allí suceder. Por momentos sentían que las voces subían de tono, y al cabo de una hora el Dr. Ardao se retiró sin saludar a nadie. Esa fue la primera y única vez que el Dr. Ardao estuvo presente en el Servicio. Al día siguiente, con el regreso del Dr. Fossati y ante la expectativa general, se forma una reunión tan improvisada como necesaria, donde les confirmó a los asistentes que el ministro del momento, el Dr. Mario Arcos Pérez, le había dado el total respaldo para que continuara al frente de la jefatura del servicio, que ejercía desde el inicio en 1971, pero que fue oficialmente nombrado por el MSP recién en junio de 1981.

En 1971, el ministro era el Dr. Walter Ravenna se había propuesto poner en funcionamiento el nuevo servicio, que se utilizaría, como hasta el presente, de referencia nacional para todas las unidades de Salud Pública.

Desde el propio Ministerio se enviaron telegramas colacionados citando al personal de enfermería que se encontraba inscripto en las listas de los que aspiraban a cargos en el MSP. Llegaron telegramas a quienes aspiraban a cargos de auxiliares de servicio, enfermeras y nurses, hoy llamada licenciadas en enfermería. Esas personas seleccionadas, debían presentarse en la dirección del hospital Pasteur, desde donde les realizaron una visita guiada por el nuevo edificio que se encontraba vacío. Se quería dotar al servicio de un número de unidades de personal suficiente como para que pudiera funcionar a la perfección. Se nombraron 33 personas a las que se les agregaron funcionarios que solicitaron el traslado desde Oncología. Los funcionarios que se trasladaron fueron la Sra. Mary D'Angelo, a la que se le nombró como encargada de las salas de internación y policlínica, a la Sra. María Elena Remedi, se le nombró como encargada de sala de operaciones y el enfermero Sr. Lenzi continuó con tareas de enfermería. Con esa dotación de personal se pudo contar con 2 auxiliares de enfermería y 2 auxiliares de servicio por cada turno para un total de 14 camas. Habiendo una jefa de sala de internación en horario matutino, la Licenciada Rosario Giraldez se hizo cargo en el horario vespertino. Luego que el personal venido desde Oncología se fuera retirando por límite de edad, la Licenciada Giraldez tomó la jefatura de enfermería de todo el servicio. La planta física se inaugura en agosto de 1971, pero recién se comienza a funcionar en octubre.

En cuanto a cirujanos y técnicos también fueron muchos los que acompañaron a Fossati al nuevo servicio, entre ellos estaban el Dr. J. J. Hornblas, quien unos años más tarde sería nombrado profesor de cirugía plástica para suceder al Dr. De Vecchi Larralde, que se había retirado. El Dr. Aldo Roncagliolo, el Dr. Carlos Ferratti y el Dr. A. Vázquez Barbé. El primer practicante interno del servicio en 1971, cargo que sólo se obtenía por concurso de oposición, fue el Dr. Raúl Villagrán y el 2º en el año 1972 fue el Dr. Alberto Irigaray, quien desde ese momento continuó en el servicio hasta su retiro como jefe del mismo en el año 2007.

El servicio siempre tuvo actividades docentes, asistenciales y de investigación.

La tarea **docente** se realizaba constantemente, bajo la modalidad de clases, ateneos, cursos y tareas docentes en las salas de operaciones. En el inicio llegaron a dictar alguna clase destacados cirujanos plásticos del momento pero que posteriormente no volvieron a concurrir tales los casos de los Dres. Jorge De Vecchi, Eugenio Bonavita, Oscar Inzaurrealde, Germán Möller y J. Suárez Meléndez. Además de quienes concurríamos asiduamente, Dres. J. J. Hornblas, Aldo Roncagliolo, Carlos Ferratti, A. Vázquez Barbé, Edith Molina, de Argentina, María Cerizola, Marisa Silva, Alberto Olazábal, Héctor Ventós y ambos practicantes internos que ya se habían recibido de médicos.

Esos años el autor los recuerda con mucho entusiasmo y había actividades de todo tipo. Una vez a la semana concurría un profesor de inglés, el que estaba presente dos horas, en las cuales estaba prohibido hablar en castellano se trataba del tema que fuera, todo debería hablarse en inglés, recibiendo las correcciones necesarias. Se dictaban cursos de anatomía, es especial aplicados al estudio de la mano y de la cara. Los cursos eran dictados por el Dr. Vázquez Barbé y el Dr. Irigaray, quien era Grado de III de la cátedra de anatomía. En 1974 se nombra al Sr. Tricotti, como dibujante y fotógrafo. El logo del servicio donde se resalta la torreta del Hospital Pasteur, construida por un arquitecto catalán, y que sin mantenimiento alguno luce hasta hoy los azulejos brillantes del siglo XIX. Además de las clases, cursos y ateneos se realizaban actividades docentes con invitados internacionales.

Era como para enamorarse de la cirugía plástica.

En mayo de 1978 se realiza el primer curso de microcirugía, los que continuarían posteriormente en forma casi continua. En 1980 se organizó un **seminario sobre cirugía de la mano** con la concurrencia de los Dres. Iselin de Francia, Néstor Maquieira de Argentina y Citrini de Brasil. En 1981 curso sobre la **cirugía del cuero cabelludo**, con la presencia del Dr. José Juri de Argentina. Más adelante se hizo un curso sobre **mano reumática** y en noviembre de ese año visito el servicio el Dr. Ivo Pitanguy, quien realizó un curso sobre **cirugía mamaria**. En 1982 el Dr. Roque Blanco de Córdoba hace un curso sobre **cirugía de la mano con malformaciones congénitas**. También ese año el Dr. Hinderer de España, dicta el curso sobre **tratamiento de la región periorbitaria**.

En lo que se refiere a la actividad **asistencial**, en un informe elevado en 1984 se da cuenta de que en un año las actividades fueron 2500 consultas de policlínica, 480 operaciones quirúrgicas en sala de operaciones, y 960 interconsultas realizadas con el resto de los otros servicios del hospital.

En cuanto al relacionamiento con la Facultad de Medicina, es de destacar que en 1976 se aprobó el comienzo del funcionamiento de la cátedra de cirugía plástica, y se hicieron llamados a docentes para formar esa primera cátedra, la que comenzó a funcionar bajo la dirección del Prof. Jorge De Vecchi Larralde en 1977 en el Hospital de Clínicas. En ese primer llamado fue elegido como profesor adjunto G III al Dr. Guillermo H. Fossati, quien solicitó ejercer su cargo en el servicio del Hospital Pasteur. Desde ese momento solicitó que la Escuela de Graduados reconociera también al servicio de Salud Pública como unidad docente. El curso de cirugía plástica consta de 6 semestres, que hay que aprobar en forma sucesiva para poder pasar al siguiente, hay que hacer una monografía final, la permite al estudiante realizar la prueba final que consta de tres pasos. En el caso del autor, cuando estuvo dirigiendo el Servicio, el Residente tenía que cumplir el primer semestre concurriendo al Centro Nacional del Quemado para que conociera de primera mano esa patología y cómo realizar el tratamiento.

Pasaron 9 años para que la Escuela de Graduados reconociera al servicio del Pasteur como unidad docente y recién en 1986 la Escuela de Graduados comenzó a recibir inscripciones de estudiantes para realizar el curso de cirugía plástica en el Hospital Pasteur. Donde además

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
HOSPITAL PASTEUR

SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA

DR. ALBERTO IRIGARAY

## **HOMENAJE AL DR. ALDO RONCAGLIOLO**

AR: Servicio de Cirugía Plástica - Hospital Pasteur

HA: 11 de Diciembre de 1992

A: 09:00

### **T E M A**

ENFOQUE ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA MANO Y EL PUÑO REUMATICO"

**INVITADO PROF. DR. GUILLERMO LODA**

Jefe del Servicio de Cirugía de la Mano

Hospital Francés

Buenos Aires - ARGENTINA

del cargo docente que había obtenido el Dr. Fossati se sumó el cargo docente de profesor adjunto GII que había obtenido el Dr. Irigaray, el 2 de enero de 1990. Dicho cargo lo solicitó ejercerlo en el servicio del Hospital Pasteur.

El reconocimiento del servicio como docente descongestionó el número de estudiantes que recibía el Hospital de Clínicas, ya que se aceptaron estudiantes que estaban radicados en el interior del país y médicos extranjeros, que no eran aceptados en el Hospital de Clínicas.

Gran parte de la historia de la microcirugía en el Uruguay está ligada al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur. Ver el capítulo correspondiente en esta obra. Tan ligada está una historia con la otra, que en 1990 se solicitó al Ministerio de Salud Pública el cambio de denominación del servicio, que a partir de ese año pasó a llamarse **Servicio de cirugía plástica y microcirugía**.

Los hitos principales de la microcirugía reparadora en el hospital Pasteur fueron: la concurrencia a Japón como becado para adiestrarse en microcirugía de los Dres. Alberto Irigaray y Enrique Fossati. La donación por parte del Sr. Miguel Páez Vilaró en 1977 de un microscopio Vasconcellos. La donación por parte de la Embajada de Japón en 1979 de 4 microscopios Topcom y gran cantidad de instrumentos especialmente para uso en microcirugía. La concurrencia de docentes japoneses a dictar cursos en el servicio en 1979 y en el salón de actos del Ministerio de Salud Pública en 1980. La realización del primer colgajo con microcirugía realizado en el Hospital en 1978. La primera operación de transferencia libre de hueso con microcirugía realizada por el Dr. Alain Gilbert de Francia en 1982. La presencia en 1984 del Dr. A. Narakas de Suiza para transmitir las nuevas técnicas de microcirugía de nervios periféricos y la obtención de la mención honorífica del **Gran Premio Nacional de Medicina en 1979**, otorgado por la Academia Nacional de Medicina, con el trabajo **microcirugía vascular reparadora** de los Dres. Alberto Irigaray, Enrique Fossati, Aldo Roncagliolo y Carlos Breitfeld.

El Dr. Guillermo Fossati se retiró al presentar una carta renuncia dirigida al director del Hospital Dr. Domingo Rossi en setiembre de 1990. En ese momento todos los integrantes del grupo de docentes del servicio estuvieron de acuerdo en la persona en la que debería recaer la Jefatura que quedaba vacante, por lo que el Dr. Fossati envió una nota a la dirección del Hospital para que se designara al Dr. Aldo Roncagliolo como jefe. En ese momento era quien tenía más antigüedad en el servicio, y además le restaba sólo un lapso de 2 años para acogerse a la jubilación. Ese tiempo coincidió con que el hospital enfrentó grandes

problemas económicos y de esa forma cada baja que tenía en el personal, no era cubierta por personal nuevo y el servicio fue quedando con muy pocas unidades de enfermería, de tal manera que al fin de ese período se tuvo que cerrar la parte de internación.

Cumpliendo con lo establecido el Dr. Roncagliolo se retiró en 1992, y nuevamente se hace una reunión de docentes quienes por mayoría sugieren a la dirección del Hospital que fuera el Dr. Alberto Irigaray quien se hiciera cargo de la dirección del servicio. El director del Hospital estuvo de acuerdo y elevó la solicitud al Ministerio de Salud Pública, quien el 8 de diciembre de 1993 contestó con una nota firmada por el director de ASSE Dr. Julio Macedo Saravia, el que convalidó el nombramiento del Dr. Irigaray como encargado de la jefatura del servicio.

Es muy interesante transmitir que eran varios médicos jóvenes de diferentes especialidades que consideraron que contaban con méritos suficientes como para acceder a los cargos de jefaturas de servicios mediante la modalidad de concurso. El autor fue a hablar personalmente con la jefatura de la sección concursos del MSP y nos dijeron ciertas verdades que no las habíamos tenido en cuenta. En el caso de cirugía plástica el tribunal de concurso para el nombramiento del primer jefe de servicio nunca fue nombrado. De esa forma hacía más de 40 años que no se hacían concursos para nombrar ciertas jefaturas. De hecho el nombramiento del jefe del primer servicio de cirugía plástica que funcionaba en el Instituto de Oncología se realizó mediante un decreto número 8560, que designaba al Dr. Héctor Ardao como jefe. Ese servicio fue el que se trasladó al Hospital Pasteur y a pesar que allí hubo intención de realizar un concurso para cubrir la jefatura, el mismo nunca se llevó a cabo. Después de tantos años en el Ministerio de Salud Pública no se quería correr riesgos de que si se llamaba un concurso se podía inscribir algún médico que tuviera un cargo en Salud Pública y que al tener muchísimos años de antigüedad ganara un concurso sin tener mayores conocimientos de la especialidad concursada. Ese tipo de hechos ya había pasado y el resultado fue nefasto para el cargo desempeñado.

En las condiciones que recibimos el servicio teníamos que planificar una reactivación muy necesaria para que cumpliera los fines con los que se había creado solucionando los problemas a los pacientes que cada vez en mayor número nos enviaban desde el interior del país. El servicio estaba catalogado como de referencia nacional para los hospitales dependientes de ASSE. Con ese fin presentamos un plan que fue derivado a la

comisión de apoyo que consistía en que fuera el único servicio de Salud Pública que tuviera guardias permanentes de cirugía plástica, que atendiera a los paciente quemados que no tenían ingreso en CENAQUE y a su vez continuar con la atención de aquellos pacientes dependientes de ASSE que fueran dados de alta del CENAQUE y que necesitaran continuar con algún tipo de tratamiento. El servicio continuaría el tratamiento. La cirugía plástica había sido considerada como especialidad de alta concurrencia en las instituciones mutuales, y en Salud Pública pasaba lo mismo, cada vez más pacientes exigían que fueran cirujanos plásticos quienes repararan las lesiones traumáticas.

De esa forma y con la aceptación de la comisión de apoyo comenzamos con **las primeras guardias de cirugía plástica en un hospital de adultos**. A su vez se estableció un plan para el ingreso de nuevas unidades de enfermería y se pudo reactivar el área de internación. También se volvió a contar con un servicio de fisioterapia, tan necesario en los servicios que realizan cirugía de las manos. En 1999, cuando el Dr. Raúl Bustos fue ministro de Salud Pública y el Dr. Gustavo Giussi era director general de la salud, se logró interesarlos para realizar una reforma en la planta baja del edificio, que era el área de internación que estaba muy deteriorada, sobre todo los servicios higiénicos. De esa forma se mejoró la sala de espera de los pacientes, mejoramos el consultorio dedicado exclusivamente a fisioterapia, mejoramos los pisos en general y las salas de internación. Se construyó, una biblioteca para que fuera un área de estudio independiente del aula de clase. El Dr. Gonzalo Fossati actuó como muy entusiasta colaborador en la realización de las mejoras en la planta física y la licenciada Rosario Giraldez actuó muy diligentemente en la selección e instrucción del nuevo personal de enfermería y de servicio .

Dentro del personal docente se encontraban los Dres. Gonzalo Fossati, Martín Palacio del Val, Álvaro Barreiro, quien fue muy reconocido por preparar muy bien a los estudiantes que darían los concursos de residentes, lo que se expondrá a continuación, Miguel Machín, María Cristina Zunino, Roberto Ortiz. Entre los médicos que pasaron por el Servicio debe recordarse a Enrique Fossati, Andrés Cayafa, Ángel Píriz, M. Drever, G.Bosch, G.Lépore, Moisés Salgado, María Paz, , Gastón Porta, Juan A Castiglioni, Laura Legrand, Juan Araujo, Carlos Breitfeld, Adriana Venturino, Jesús Macri, Marisa Silva, Marta Calcagno,

Augusto Villar, Jesús Manzani, Alejandra González, María Lamas, Jorge Curbelo, Carlos Palacio y Alejandro Baldomir.

La sección de fisioterapia siempre fue muy importante ya que la cirugía de la mano lleva necesariamente una recuperación posterior. En la primera época el Sr. E. Blum, colaboró y posteriormente lo hicieron Néstor Santulo y Kitti Lowenstein.

En relación a la enfermería y personal de servicio debe destacarse a René Barreto, Sarita Alves, Ana Rivero, Carmen Nieto, Aida Correa, Alicia Jorge y Teresa Blanco.



En el Curso Internacional de Cirugía Plástica y Estética, abril 1994 en la Sala Vaz Ferreira. De izq a der: Héctor Ventós, Julio C. Priario y Eustaquio Montero.

Una consideración especial merece a este autor, el Dr. Eustaquio Montero, destacado dermatólogo que había realizado una pasantía por EUA y concurría al servicio casi desde su inicio. La especialidad de la cirugía plástica está muy cerca de la dermatología, porque se le consulta por muchas lesiones de piel y depende del diagnóstico clínico, generalmente, la manera de encarar el tratamiento. No se considera que a todas las lesiones de piel haya que realizarles una biopsia; cuando del diagnóstico clínico es claro, hay que actuar en consecuencia. El Dr. Montero era un docente típico y



apasionado; ante una pregunta o una consulta en policlínica o de un paciente internado subía rápidamente al aula y recurriendo al pizarrón, escribía las razones por las cuales aseguraba un diagnóstico y exponía el por qué no eran claros otros diagnósticos que se planteaban. A entender del autor Eustaquio Montero fue el primero en realizar la técnica de Mohs en el Uruguay, la que había aprendido en su pasaje por EUA, la que pudieron realizar en forma conjunta en dos oportunidades, con resultados excelentes. En caso de operar un tumor maligno de piel, se trata de un procedimiento que permite verificar si en la extracción del tumor se ha dejado alguna zona sin extraer o si la resección está completa. De esa forma, cuando se procede a la reparación de la zona cruenta, casi se le puede garantizar al paciente que su tumor fue extirpado totalmente. Ese procedimiento necesitaba en aquel entonces, de mucho tiempo ya que quien lo hacía debía mirar en el microscopio con gran atención si en la pieza extraída no quedaba alguna zona que mostrara que había otra extensión que hubiera quedado en el paciente sin haberla extraído, por lo que inmediatamente había que continuar con la resección. Uno de los pacientes se trataba de una persona muy ligada al fútbol y muy querida en ese ambiente; presentaba uno de los tumores más difíciles de tratar y de reconstruir, tenía un carcinoma de la comisura bucal. Fue operado con esa técnica, quedando curado y con muy pocas cicatrices visibles; falleció 20 años después, con más de 90 años por una causa cardíaca. Luego de oír por años las opiniones del Dr. Montero sobre los pacientes que le presentaban semanalmente, es que el autor implantó la necesidad de que el cirujano de policlínica, ante una lesión de piel y luego de que hiciera un examen clínico minucioso, debía registrar bajo su firma cuál era el diagnóstico que él presumía; luego si se trataba al paciente con una cirugía, se cotejaba el diagnóstico que les enviaban del laboratorio de anatomía patológica, con el diagnóstico que había realizado el médico en policlínica. Cuando analizaron más de 100 historias clínicas, les llamó la atención que tenían más del 90 % de coincidencia. Este porcentaje tan alto de acierto en el diagnóstico de las lesiones de piel con solo mirarlas clínicamente, y luego verificarlas con el diagnóstico exacto que venía del laboratorio, lo presentaron en un trabajo científico durante uno de los congresos uruguayos de dermatología. Todo esto debido, en opinión del autor, a las enseñanzas que les prodigó el Dr. Eustaquio Montero.

En la parte docente se continúan con clases y ateneos en forma permanente, se organizaron para que dentro del personal docente formaran un fondo de dinero a fin de comprar libros y dejarlos para consulta

en la biblioteca del servicio, en lugar de que cada uno comprara sus propios libros, los que en muchas ocasiones se repetían.

Ante el retiro del Dr. Roncagliolo, fue realizado un acto académico en su honor, el que se llevó a cabo el 11 de diciembre de 1992. Invitaron al gran cirujano de mano de Argentina, Prof. Guillermo Loda, quien dictó una conferencia con el título de “Enfoque actual del tratamiento de la mano y puño reumático”.

Una semana después el 18 de diciembre del mismo año, realizaron el curso sobre cirugía de los párpados que dictó el Prof. José Juri de Buenos Aires.

Se continuaron realizando bianualmente los cursos básicos sobre microcirugía reparadora, que habían comenzado en 1979 y en uno de los cuales en 2009 concurrió el especialista argentino Dr. Claudio Angrigiani, quien brindó tres conferencias, acerca del empleo de la microcirugía para la reconstrucción mamaria, para tratar grandes defectos en los miembros inferiores y para el tratamiento de las secuelas en las grandes quemaduras.

En abril de 1994 se organizó el 2º. Curso Internacional de Cirugía Plástica y Estética, que les demandó un gran esfuerzo, y a su vez originó grandes gastos, los que pudieron solventarse gracias al cobro de las inscripciones, a la ayuda de laboratorios médicos, y a la presencia de prácticamente todos los cirujanos plásticos del Uruguay, y estudiantes de la especialidad, ya que lograron totalizar 120 inscripciones. Lo realizaron en la sala Vaz Ferreira de la Biblioteca Nacional y se invitaron a grandes cirujanos extranjeros.

1. Prof. Pierre Fournier, de Francia, creador de la lipoaspiración, muy amigo del Dr. Guillermo H. Fossati y que venía por primera vez a Uruguay.

2. Prof. Ricardo Baroudi de Brasil, especializado en remodelación corporal

3. Prof. Gerardo Peixoto, de Brasil, creador de una técnica original, que lleva su nombre, para la cirugía de la mama.

4. Prof. José Juri, amigo personal, amigo de Uruguay, y gran especialista en cirugía nasal.

5. Dr. Andrés Trías, de Barcelona, experto en cirugía del melanoma.

6. Dr. Jaime Anger de Brasil, experto en cirugía reparadora de la cara y Dra. Cristina Zaiter de Buenos Aires, experta en cirugía estética facial.



En el III Curso Internacional de Cirugía Plástica y Microcirugía (abril 1994, Montevideo). De izq a der: Dres. Germán Möller, Alberto Irigaray, Ricardo Baroudí (Brasil), José Juri (Argentina), Pierre Fournier (Francia) y Guillermo H. Fossati.

Dado el éxito logrado, cinco años después decidieron realizar el III Curso Internacional de Cirugía Plástica, el que nos demandó más de dos años de organización y a enfrentar un costo elevadísimo, dado el número de invitados extranjeros, a quienes había que pagar sus pasajes y estadía, aunque finalmente lo pudimos solventar por las mismas razones que se explicaron en el curso anterior. Los invitados fueron, 1. El Prof. Melvin Spira de EUA, experto en cirugía reparadora y cirugía

estética abdominal, 2. El Dr. Kamal Cherif, de Francia, experto en párpados. 3. El Dr. José Aboudib, de Brasil, y a los Dres. José Juri, José Robles experto en cirugía láser, Jorge Herrera, Aldo Mottura, de Córdoba, Manuel Sarrabayrouse, Carlos Mira Blanco, de Mendoza y Cristina Zaiter todos de Argentina.

Hay que tener en cuenta que estos cursos los organizaba un servicio perteneciente al Ministerio de Salud Pública y no una sociedad científica como es de estilo. Entendía el autor, que el Uruguay debía tener cursos de nivel internacional, si otra organización no los realizaba. Finalmente, comprendiendo el esfuerzo que se realizaba, auspiciaron el evento: el MSP, el Ministerio de Educación y Cultura, la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados, la Academia Nacional de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior. Este curso se llevó a cabo en abril de 1999, en el centro de convenciones del LATU, y contó con 158 inscriptos, lo que demostró la aceptación para concurrir a eventos que tenían categoría internacional.

Recibieron la visita por segunda vez del Prof. Alain Gilbert, de Francia, cuya estadía acaparaba mucho la atención de los traumatólogos, dado que dicho cirujano había creado una nueva técnica para el traslado de huesos vascularizados, empleando técnicas de microcirugía vascular.

Recibieron también por primera vez al cirujano suizo Algimantas Narakas, experto mundial en la microcirugía reparadora de los nervios periféricos.

En cuanto a la **docencia curricular**, se continuó brindando a través de los estudiantes que se inscribían en la Escuela de Graduados para realizar la especialidad. El servicio fue el único que aceptaba estudiantes en lo que se llamó, **régimen del interior**, ya que al inscripto una vez documentada su residencia en el interior del país, se le autorizaba a trabajar en su lugar de origen, desde el sábado al martes y debía concurrir obligatoriamente de miércoles a viernes al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur.

También fueron los únicos que aceptaron estudiantes provenientes del exterior, los que debían realizar el curso completo el que una vez finalizado y aprobado, la Facultad le exigía el pago de una elevada suma de dinero que quedaba en poder de la Facultad y de esa forma se

# III CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA

Ministerio de Salud Pública  
Servicio de Cirugía Plástica y Microcirugía  
HOSPITAL PASTEUR



**15 al 17 de ABRIL de 1999**

**Centro de Convenciones  
LABORATORIO TECNOLOGICO DEL URUGUAY**

Afiche del III Curso Internacional de Cirugía Plástica y Estética. Abril de 1999 en LATU. Logo del Servicio con la torreta edificada en el Hospital Pasteur, por el maestro constructor catalán Antonio Fontgivell, en tiempos de la Guerra Grande (1839 – 1851), con sus tres pisos y el minarete superior que tiene azulejos andaluces.

le entregaba el título de especialista, que revestía gran valor académico en su país de origen.

En el Hospital Pasteur realizaron cursos de especialización, los que actualmente son destacados cirujanos de nuestro medio, a saber: Verónica Paz, Gonzalo Fossati, Ana Infantozzi, Miguel Machín, Jorge Curbelo Warren, Roberto Ortiz, Juan Gargiulo, Adriana Venturino. Laura Legrand, Guillermo Coates, Gonzalo Macció, Carlos Palacio, Sylvia Gómez, Moisés Salgado, Néstor Nemseff, Néstor Asurey, Julio Sánchez, de Paysandú, Gustavo Gómez y Alfredo Mayol, de Mercedes. Además de los cirujanos del exterior, Lida Cohen y Raquel Rojas, de Colombia, Juan Luis Badías, e Isabel Lacalle, de España.



Tribunal examinador y examinado, una vez finalizada la prueba quirúrgica final del Dr. Andrés Nemseff, que está en España ahora. De izq a der: el Tribunal examinador: Prof. Muzio Marella, Prof. Adj. Guillermo H. Fossati, el examinado, Prof. Julio César Priario, Prof. J.J. Hornblas y Prof. Adj. Alberto Irigaray, noviembre 1988.

Una vez que aprobada la **ley de residencias médicas**, en 1992, el servicio solicitó su inclusión en la lista de servicios que recibirían residentes. Los residentes serían nombrados a través de un concurso de oposición, a realizarse una vez que se doctoraban como médicos, y solamente una vez al año. Los que obtuvieran los cargos recibirían un sueldo a cambio de trabajo en el servicio que eligieran para cumplir

su residencia. Su tarea consistía en realizar apoyo a las guardias de urgencia, tareas en los pisos de internación, policlínicas y salas de operaciones durante tres años, al final de los cuales, deberían presentar una monografía, y de ser aceptada, pasarían a realizar una prueba teórico práctica para que una vez aprobada obtendrían el tan ansiado título de especialista.

Aquí surgió un problema importante, ya que el número de residentes era acotado para cada especialidad, así que existía un cuello de botella para los médicos recién recibidos, porque los estudiantes una vez doctorados de médicos, si no lograban acceder a los pocos lugares que existían para los residentes, jamás podrían lograr una especialización médica o quirúrgica. Cuando el país necesitó mayor número de especialistas en alguna rama ya sea como anestesistas, cirujanos plásticos, u otras, tuvo que aumentar el número de residentes de cada especialidad que fuera necesaria. Ese número no puede ser indefinido tampoco, ya que cada cátedra tiene un número limitado de docentes para enseñar.

Al igual que con el envío de los estudiantes, la Comisión de Residencias Médicas tardó tres años para comenzar a concursar cargos con el fin de enviar un residente al Servicio del Hospital Pasteur, que tenía toda la infraestructura necesaria para la enseñanza y estaba siendo subutilizada. Por ello, a partir de 1995 se comenzó a concursar para 2 cargos de residentes en cirugía plástica, uno para el Hospital de Clínicas, y otro para el servicio del Hospital Pasteur. Durante años los aspirantes variaban entre 12 a 14 médicos, que concursaban por sólo 2 cargos.

Con el régimen de residentes se produjo un cambio muy brusco en todas las especialidades, ya que se terminó con la libre inscripción de estudiantes para aprender cualquier especialidad, y se pasó a un régimen de cupos fijos que dejaba a muchos médicos sin la posibilidad de lograr alguna especialización, ya que como fue dicho, sólo los residentes eran quienes podían aspirar a los Títulos de Especialista. Ante el faltante de ciertos especialistas sobre todo en el interior del país, lentamente se fue ampliando el cupo de residentes en aquellas especialidades que se entendió necesario.

A partir de 1995, comenzamos a tener nuestros primeros residentes, los 10 primeros fueron: en 1995 la Dra. María Lamas, en 1996 el Dr. Carlos Palacio, en 1997 el Dr. Carlos Arrúe, en 1998 llegaron 2 resi-

dentes siendo ellos las Dras. Adriana Martirena y Varinia Scaniello. En 1999 la Dra. Gimena de los Ríos, en el año 2000 el Dr. Patricio Brum, en 2001 el Dr. Francisco Dirón, en 2002 la Dra. Fernanda Masdeu, en 2003 la Dra. Paola Corsino y en 2004 el Dr. Shunt Kurdian.

## **TAREAS ASISTENCIALES.**

En el servicio bajo el nuevo plan aprobado por la Comisión de Apoyo del MSP, se produjo una mejoría en cuanto al número y calidad de la atención a los pacientes y que además como se dijo, el MSP contaría a partir de ese momento y por primera vez, médicos que atenderían pacientes catalogados como urgentes. De esa forma el resto de los hospitales y servicios, en caso de tener que brindar asistencia de urgencia a pacientes heridos, politraumatizados, con lesiones de las manos o con fracturas de cara eran enviados para su atención al servicio del Hospital Pasteur.

En cuanto al número de camas se disminuyó a 10, pero contando con lugares más confortables. El número de pacientes atendidos con el nuevo régimen que se inició en 2003, se desprende de un informe que fue realizado a fin de año y de allí se informa que se realizaron 8.228 consultas, de las cuales 1.044 fueron en el servicio de urgencia. En cuanto al número de cirugías, se realizaron 877, con 288 casos de urgencias.

Luego de recibir una medalla al cumplir 40 años de servicio ininterrumpidos en el MSP, 36 de los cuales el autor los realizó en el Hospital Pasteur, decidió retirarse antes de cumplir la edad de 70 años, que es la fecha límite de retiro para los funcionarios públicos. Entendió Irigaray, que el ciclo estaba cumplido y nuevos cirujanos tendrían que tomar el timón.

Al retirarse en noviembre de 2007 elevó una nota a la dirección del Hospital, haciendo un análisis de las cualidades de los médicos del staff del servicio y explicando los motivos por los cuales consideraba que quien estaba en condiciones para continuar la obra realizada, tanto por Fossati como por Irigaray, sería el Dr. Gonzalo Fossati Avilés. La dirección, después de hacer la evaluación, debió haber estado de



acuerdo con tal sugerencia, ya que en junio de 2008 lo nombró como jefe de servicio.

## **DOS ANÉCDOTAS IMPERDIBLES**

En las dos se jerarquiza la tarea que ejerció la licenciada Rosario Giráldez, que a pesar de haber tenido ofrecimientos para que se integrara al departamento de enfermería del hospital, no las aceptó y siempre se mantuvo fiel al servicio de cirugía plástica, donde estuvo desde sus comienzos en 1971.

Encontrándose internado un paciente de avanzada edad, por úlceras crónicas de ambos miembros inferiores y que era portador de severas alteraciones vasculares generalizadas, llevó los médicos a realizar todas las interconsultas que creyeron convenientes mientras que por su parte, se pidieron los estudios necesarios como para diagnosticar su patología vascular. Mientras el paciente estaba internado una señora de avanzada edad, también se desvelaba por cuidarlo. Siempre estaba a su lado, día y noche. En ocasiones salía al corredor y se la veía llorar. La licenciada con gran tacto conversó con la señora y pudo conocer que ambos habían convivido durante 40 años pero nunca se habían casado. Era gente que vivía en la periferia y el solo pensar en iniciar un trámite de casamiento lo veía como algo imposible de realizar. De esa forma, a pesar que siempre hablaban de casarse, el trámite se iba posponiendo. Hay que remarcar que había otro hecho muy importante dado que el señor, en esos 40 años había podido adquirir una casita algo modesta, donde podían vivir bien. La señora tenía la angustia de la enfermedad de su compañero, pero también temía que al no estar casada si él faltaba alguna persona pudiera sacarla del lugar, por lo que quedaría prácticamente en la calle. La licenciada habló con el paciente y le expresó que si ella se encargaba de todos los trámites, él estaría dispuesto a casarse con su compañera. El paciente sintió que pagaría una deuda generada en tantos años de convivencia e inmediatamente le contestó que sí. De esa forma la nurse pidió al Registro Civil un casamiento “in extremis”. Se generó gran entusiasmo entre todos los integrantes del servicio, pero sobre manera en el personal de enfermería. Ellas se encargaron de darle un carácter muy cálido al evento. El representante del registro civil vino al día siguiente. La señora parada

al lado del contrayente, llevaba como toda novia un ramo de flores que se había conseguido y teniendo a todos los integrantes del servicio como testigos, ambos miembros de la pareja dieron el **sí**, el que se festejó entre aplausos y emociones varias, ello permitió a todos vivir un momento inolvidable. El matrimonio tuvo una duración de 72 horas, al cabo de las cuales el paciente falleció.

La siguiente anécdota tiene otro tenor menos emotivo; se trataba de un paciente algo mayor, pero muy cuidadoso siempre de su figura. Tenía una configuración algo fuerte y se le veía de buen tamaño, por lo que cuando se sentaba en la cama imponía una buena presencia. Tenía guardada una gorra azul parecida a las de los capitanes de los barcos. Era portador de una enfermedad crónica, de las que requieren en ocasiones una larga internación. Lo cierto es que al aclararse el diagnóstico y plantear el tratamiento ambulatorio y luego de casi un mes de estadía, decidieron los médicos del servicio darle el alta. Sin embargo, siempre con evasivas, iba dilatando su salida del servicio. De esa forma comenzó el autor a sospechar que algún otro motivo habría por el cual deseaba permanecer en el hospital. No parecía una persona de aspecto muy modesto, ya que en ocasiones hay pacientes que desean quedarse con fines sociales; puede suceder que no tengan algún lugar adonde ir. Por ese motivo se recurre a los asistentes sociales, a fin de solucionar esos temas y dejar las camas libres para internar nuevos pacientes. Sin embargo, el paciente desechó que una asistente social lo ayudara, por lo que aumentó la intriga del autor. Llamó a la licenciada y le pidió que con sigilo apareciera en el servicio en horarios de tarde o vespertino, ya que es cuando no está presente ningún médico salvo el de guardia que queda para la atención de urgencia. Al segundo día ya supieron la verdad, cuando todo el personal de la mañana se retiraba, el paciente se colocaba la gorra de capitán lo que le daba un aspecto importante y muy creíble. Descubrieron que el capitán en la tarde se dedicaba de lleno a su “negocio”, ya que se había corrido la voz entre todos los acompañantes de las diferentes salas del hospital que en cirugía plástica había un paciente al que había que dejarle la cédula de identidad y con la suma de \$100, él se encargaba de escribir una “carta astral” individualizada de cada uno. Eran tantos los pedidos, que hasta daba número para los días siguientes. El capitán tenía montado el negocio perfecto, le hacían la cama, le lavaban las sábanas, le daban de comer, le hacían las curaciones, y sus ganancias eran totales.

**GUILLERMO H. FOSSATI**

ALBERTO IRIGARAY

Guillermo Horacio Fossati (1928-2011), lo consideramos Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora y Estética, ver el capítulo sobre Misterios de la Cirugía Plástica del Uruguay. Hijo de médico, pero a su vez vivió en una familia que contaba con muchos médicos en su seno, pero a su vez uno de sus 7 hijos es médico, cirujano plástico. Realizó el bachillerato en el Seminario, lo que según él le había permitido mejorar su dialéctica y la facilidad de expresarse en forma pública. Su primer contacto con la cirugía plástica fue en el servicio del profesor Stajano en el Hospital de Clínicas, donde se vinculó con los Dres. José Suárez Meléndez y, sobre todo, Máximo Karlen, ambos cirujanos generales. Fue practicante interno y posteriormente jefe de clínica quirúrgica, grado II, en el servicio del Prof. Del Campo. Reconociendo como sus maestros en cirugía plástica a los Dres. Héctor Ardao y Enrique Apolo. Posteriormente, en 1970 dirigió interinamente el servicio de cirugía plástica del Instituto Nacional del Cáncer que había fundado Héctor Ardao en 1946, hasta que trasladó parte del servicio al edificio nuevo del Hospital Pasteur, del cual fue su primer jefe. Obtiene oficialmente el título de cirujano plástico por competencia notoria, en mayo de 1974 y lo revalida en Argentina en julio de 1975. Recién en 1981 el MSP lo nombró oficialmente como jefe de servicio del H. Pasteur.



Fue nombrado por la Facultad de Medicina para integrar un tribunal, junto a los Dres. G. Möller, y J. De Vecchi Larralde, para discernir a quienes se otorgarían los títulos de especialista en cirugía plástica o, en caso contrario, deberían realizar el curso de la especialidad que se iniciaría próximamente.

Tuvo una personalidad multifacética, incursionando en muchos capítulos de la especialidad. Fue docente de la Escuela Universitaria de Enfermería, se interesó por la obesidad y participó en la sociedad correspondiente. Fundó una clínica para el tratamiento de las patologías del pie. En su actividad privada ejercía la cirugía estética y fundó junto a los Dres. Möller y Verges Irisarri la Clínica Apolo, la primera clínica privada de cirugía plástica en la Av. Uruguay. Incursionó en los temas de rehabilitación de los pacientes parapléjicos.

El Dr. Irigaray conoció a Fossati cuando aún no se había recibido de médico y siendo practicante interno seleccionó el servicio de cirugía plástica para realizar su último semestre como practicante e interiorizarse de la especialidad. Pero quería conocer la cirugía plástica, ya que quedó impactado cuando participó como ayudante quirúrgico del Dr. Guido Negrín en MUCAM, y lo vio realizar una maravillosa reconstrucción del ala de la nariz, en un paciente que carecía de ella al habérsela extirpado por retirar un tumor maligno de dicha zona. Venía de realizar como practicante interno un semestre en el servicio de urología del Hospital Pasteur que estaba a cargo del Prof. Juan Carlos Lorenzo, quien tenía una personalidad y un carisma extraordinarios, donde había aprendido mucho y quien le había dispensado un trato muy deferente. Pero al llegar al servicio de cirugía plástica se le contagió todo ese entusiasmo que el lugar irradiaba y como ya dijo se trataba de un lugar para enamorarse de la cirugía plástica.

Fossati era naturalmente docente, cuando el servicio comenzó a recibir oficialmente estudiantes que venían de la Escuela de Graduados de la Facultad, comenzaron a desarrollar el programa que dicha Escuela exigía. El mismo constaba de seis semestres, donde los estudiantes debían rendir una pequeña prueba para pasars al siguiente semestre. Al finalizar los tres años debían escribir una monografía original y rendir una prueba final para acceder finalmente al título de especialista. Por lo que pudo leerse, los estudiantes tenían que cumplir muchas pruebas orales para ir avanzando en el curso, pero al acceder a una gran prueba final donde también había una parte oral, ocurría algo. Allí los docentes se dieron cuenta que al realizar una pregunta durante las pruebas, generalmente el estudiante la contestaba bien pero en forma muy concisa y rápidamente se quedaba callado, esperando otra pregunta. Les explicaron que cuanto más hablaran de la primera pregunta, y si de-

mostraban que la conocían bien, era preferible continuar hablando de ese tema para que de ese modo no hubiera tiempo de que le realizaran muchas otras preguntas de las que posiblemente supieran menos. Esta es la famosa máxima de fútbol, *“mientras la pelota la tenemos nosotros, no la tienen ellos”*. Fossati con su facilidad de expresión, les dijo que les enseñaría a contestar preguntas en los exámenes. Se sentó en la primera fila del aula y dando la espalda a todos los presentes, nos pidió a cada uno de los docentes que le hiciéramos una pregunta y él la contestaría como si estuviera en una prueba. Era una apuesta arriesgada, ya que, como se dijo en otro capítulo, la especialidad es tan extensa que **ningún cirujano** en el mundo puede saber en profundidad todas las patologías y conocer todas las técnicas quirúrgicas existentes. **Pero allí estaba el profesor Fossati, dispuesto a contestar cualquier pregunta que se le realizara.** Cada docente fue haciendo su pregunta a la que le siguió una contestación fluida y elegante. Cuando llegó el turno del Dr. Irigaray, éste acababa de llegar de un congreso mundial de microcirugía reparadora, donde se habían discutido temas que en Uruguay apenas se conocían, tales como los nuevos conocimientos sobre la estructura de las fibras nerviosas vistas con microscopios electrónicos etc., pero viéndolo allí dispuesto a dar la clase que los estudiantes esperaban, no le preguntó de algún tema específico y difícil, como para dejarlo desairado, sino que le hizo una pregunta básica de la cirugía plástica como para que ofreciera su clase magistral y le preguntó: para que hablara de los injertos de piel. A esa pregunta le siguió una exposición brillante, dando una cabal idea de lo que debe contestar un estudiante en una prueba de examen.

En 1982 Pierre Fournier, de París que fue junto al Dr. Illouz el creador de la técnica llamada lipoaspiración o extracción de tejido adiposo mediante una pequeña incisión en la piel e introduciendo una cánula de 3 a 4 mm de diámetro, que conectada a un motor que produce vacío, permitía que el tejido adiposo saliera, desde el abdomen u otras zonas del cuerpo, realizando una remodelación de esas partes. El mismo Pierre Fournier le escribió detrás de una foto en la que aparece él realizando el procedimiento, **“esta es la nueva forma de extraer tejido adiposo del cuerpo humano; bien vale un viaje a París”**. Esa foto la pudo ver el Dr. Irigaray. Luego a su regreso del viaje, Fossati se transformó en el pionero en Uruguay y quizás en Sudamérica en realizar e impulsar esta nueva técnica quirúrgica. Pero sobre todo fue un en-

tusiasta de la cirugía plástica a quien consideraba **la más apasionante rama de la cirugía**

Una vez retirado de su actividad profesional comenzó a participar de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Dejó escritos numerosos trabajos científicos y libros como “Cirugía Plástica: apuntes para enfermería”, de 1965, “Verdades y mitos de la cirugía plástica” de 1988, “De cuerpos y almas” en 1991, “Años son vida” en 1995, “Diálogos consigo mismo” de 1995 y “Cuentos”, de 1998.

Por todo lo expuesto y sobre todo por su gran cariño por la docencia el Dr. Guillermo H. Fossati merece ser nombrado como **Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay**.

## MARTÍN PALACIO DEL VAL

ALBERTO IRIGARAY

Martín Palacio del Val (1931-2018), había nacido en Logroño, provincia de La Rioja, España, y desde la secundaria, aunque su padre le gustaba que estudiara ciencias sociales, a él le atraía la medicina, y de esa forma había solicitado ser ayudante del veterinario de su colegio. En una ocasión en la que uno de los caballos sufrió un grave accidente ocasionándose una gran herida cortante en el cuello y ante la insistencia del veterinario para que se sacrificara el animal, él solicitó realizar una curación y suturar la herida, comprometiéndose a su vez a realizar los cuidados y curaciones necesarias. El veterinario accedió y al tener la cirugía una buena evolución, salvó la vida del animal. Con la Guerra Civil Española en curso, la madre se trasladó de Barcelona a Sudamérica, pasó por Buenos Aires y se radicó en Montevideo. Ante la insistencia de su padre, aún viviendo en España, que deseaba que Martín se graduara como abogado, él decidió realizar sus estudios de medicina en México. Antes de ello pasaría por Montevideo a saludar a su madre. Con su idea ya firme deseaba conocer la Facultad de Medicina y una vez adentro llegó hasta la bedelía para interiorizarse de los planes de estudio y de los requisitos que se solicitaban para inscribirse. Se contactó con un bedel que para los que cursábamos medicina en aquel momento se nos hizo inolvidable, se trataba de **Carlitos**, una persona muy afable pero de personalidad firme. Siempre dispuesto a

solucionar los problemas de los estudiantes. Qué interesante lo que sucedía en la Facultad por los años 60. Martín le transmitió su entusiasmo por estudiar medicina y Carlitos le sugiere que comience en ese mismo momento ya que los cursos acababan de empezar. Martín no tenía ni un solo papel que demostrara los cursos secundarios finalizados en España pero se comprometió a que su familia los enviara tan rápido como fuera posible. En ese instante pasaba un estudiante que se dirigía a las salas de anatomía y Carlitos le presentó al nuevo estudiante y le solicita que lo guíe hasta la sala de disección. En el camino conversan entre ellos por lo que se entera que quien lo guiaba



se trataba de Aldo Roncagliolo, quien con el tiempo se recibiría de cirujano plástico y compartirían sus tareas y amistad en el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur. Martín nunca quiso desarraigarse de su forma castiza de hablar, pero esa determinación le jugó una mala pasada en su examen de anatomía. Siempre contaba que el docente le pidió que hablara del vaso, a lo que él respondió de qué vaso quería que le hablara, el docente entre asombrado e indignado le volvió a pedir que hable del único vaso que existe, mientras que Martín pensando en las arterias como vasos, le insistió de cuál de ellas quiere que hable. El docente cambió la pregunta y al final del examen se aclaró el malentendido ya que la pregunta que se hizo se refería al **bazo**, órgano abdominal único pero que en Sudamérica se pronuncia con la letra *s* y no con *z* como en España.

Como tenía pasaporte español por su origen, se vinculó inmediatamente con las organizaciones españolas establecidas en Uruguay, y comenzó a trabajar como practicante en la Asociación Española de Socorros Mutuos; más adelante trabajaría también como médico en la embajada de España. Mientras trabajaba como practicante se recibió

de médico a la vez que se vinculó con el Dr. Jorge De Vecchi Larralde, quien años más tarde sería el primer profesor de la especialidad. Martín comenzó a ser ayudante quirúrgico de De Vecchi, quien en esa época era uno de los pioneros de la cirugía plástica y uno de los pocos que realizaban cirugías reparadoras y estéticas en Uruguay. En ese momento era legendario en De Vecchi, que para poder realizar todas las cirugías que tenía coordinadas a diario, las operaciones comenzaban extremadamente temprano en la mañana y finalizaban ya por la noche. Martín hacía un curso intensivo de cirugía plástica. Luego de varios años realizando esa tarea, contó que un día le planteó a De Vecchi si él estaba en condiciones de **volar solo**, pero éste no le contestó ni una palabra, lo que lo desconcertó mucho. Sin embargo, al finalizar las tareas del día siguiente, De Vecchi se le puso delante y le contestó que **sí**, que estaba capacitado para volar solo, y a partir de ese día Palacio del Val dejó de ser su ayudante quirúrgico y quien continuaría en esa tarea sería el Dr. Gastón Porta. Comenzó a trabajar como cirujano plástico tanto en la Asociación Española como en CASMU. A su vez era muy reconocido realizando cirugía plástica y estética privada sobre todo la cirugía de nariz, en la clínica Apolo, cuya dirección compartía con los Dres. G. H. Fossati y G. Möller. Concurrió durante muchos años en forma honoraria el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur, y la Facultad lo reconoció en numerosas oportunidades solicitándole que integrara los tribunales que se formaban para los exámenes que se realizaban en las pruebas finales de cirugía plástica. Cuando se realizaban reuniones de confraternidad entre los integrantes del servicio, Martín se transformaba y era capaz de imitar a cada uno de los médicos presentes centrando la atención y causando una algarabía general. Pero frente a esa personalidad sociable y ocurrente, también en determinadas circunstancias afloraba una personalidad fuerte y por momentos confrontativa. Ello lo llevó a enemistarse con numerosos colegas. El autor pasa a relatar dos momentos que lo muestran con esa personalidad controversial. En cierta ocasión se encontraba de guardia en una Institución mutual, y recibe un llamado, ya que el cirujano de guardia había solicitado su presencia en la **emergencia**, al llegar Martín, las enfermeras le van diciendo que en realidad no era necesaria la presencia de un especialista para resolver el problema que presentaba el paciente. Cuando Martín examina al paciente comprueba que lo que presenta era un pequeño quiste en un brazo con alguna inflamación alrededor,



por lo que era totalmente injustificado que un cirujano llamara a un especialista para resolver la situación; en ese momento pidió una lapicera y una receta en la que escribió que por favor el cirujano lea el libro de patología quirúrgica tomo I, y resuelva él el problema.

En otra ocasión por un hecho muy fortuito, una institución mutual decide imponerle una sanción, desde la sección personal de esa mutualista le comunican que se presentara a notificarse de un comunicado que tenían para él. Cuando llega el comunicado se refería a una sanción de tres días por el hecho bastante menor en el que había participado, de allí que todas las personas de la sección estaban en alerta porque querían saber cómo reaccionaría. Martín para asombro de todos pide una lapicera y tomando el comunicado con la sanción de tres días coloca un cero a continuación del tres y les dice que había una error que no podían ser tres días, sino treinta, firma al pie y se retira, no volviendo a sus tareas hasta el mes siguiente.

Esa personalidad que lo llevó a enemistarse con muchos médicos, se transformaba como dijimos, cuando estaba con sus amigos, que generalmente nada tenían en común con la medicina. Estaba afiliado a un club de pescadores situado cerca del faro de Punta Carretas; allí los miércoles se transformaba en un gran cocinero de mariscos y pescados. En ese lugar se realizaron numerosas reuniones de confraternidad entre los integrantes del servicio del hospital, donde eran famosas sus paellas. Lo mismo se puede decir cuando concurría al Cabo Polonio, que prefería sobre otra propiedad que tenía en otra playa. Fue uno de los pioneros en el Cabo, y como se dice actualmente este autor considera que se trataba de su lugar en el mundo. Todos lo conocían y lo consultaban cuando ocurría un problema de salud. Como gran trabajador manual, otra de sus características, había construido prácticamente la instalación de la mayoría de las comodidades que tenía como luz eléctrica y agua potable.

Martín Palacio del Val por encima de esa personalidad confrontativa, dedicó 35 años de su vida a concurrir honorariamente al servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur brindando enseñanzas a quien lo requiriera y colaborando en todas las actividades del servicio.



## Capítulo 9

# HISTORIA DE LA MICROCIRUGÍA NERVIOSA Y VASCULAR REPARADORA

ALBERTO IRIGARAY

### HISTORIA GENERAL

Poder transportar tejidos de un lugar del cuerpo a otro sitio más alejado, a fin de reparar zonas dañadas, así como reimplantar trozos amputados de un individuo, han sido procedimientos que obsesionaron a los cirujanos de todas las épocas. Sin embargo, eran incapaces de realizar ese tipo de cirugía por carecer de técnicas y equipamiento adecuado. Desde los tiempos más remotos cuando los médicos se enfrentaban a una herida trataban de cerrarla ya que, de no hacerlo, se exponían a que la zona se transformara en una herida purulenta y podía llevar a la muerte del paciente. Por ello frente a una herida cortante se aproximaban sus bordes, ya sea ejerciendo una presión externa o, más modernamente, mediante el empleo de hilos de sutura. Pero si el faltante de piel no permitía que sus bordes se acercaran, los cirujanos comenzaron a despegar los bordes de la herida para facilitar así el cierre. Si de esta forma aún los bordes no se aproximaban lo suficiente y no se podía cerrar la zona, se idearon una serie muy ingeniosa de colgajos vecinos o aún de pequeña distancia que al permitir girarlos,

como se ha visto, ya se hacían en la India hace 3000 años. De esa forma cubrían la zona con faltante de piel y al mismo tiempo se cerraba la zona dadora del colgajo mediante suturas o injertos. En cuanto al tamaño de los colgajos, existe un límite, ya que el mismo sobrevive gracias al aporte de sangre que le llega por uno de sus extremos, que es la zona que no se desprende del cuerpo. En caso contrario, si el tamaño es mayor a la cantidad de sangre que lo irriga, una zona de dicho colgajo se necrosará y morirá. Un método ingenioso para cierre de áreas cruentas fue el empleo de los injertos de piel, como vimos en la historia de la cirugía plástica. Aquí, a diferencia de los colgajos que tienen cierto espesor, se trata de trocitos de piel de espesor mínimo que no tienen irrigación y solo van a sobrevivir gracias a las pequeñas arterias que se formarán entre la zona cruenta receptora y el injerto que se ha depositado sobre ella. De aquí se desprende que un injerto de piel no puede colocarse sobre zonas que no estén bien irrigadas y que sean incapaces de crear esas nuevas arteriolas para dar vida al injerto. Por supuesto, que hay otras limitaciones para la colocación de injertos como ser las zonas visibles, ya que el injerto queda como una depresión, y de diferente color, con resultados estéticos inaceptables. Aún así, hay ocasiones en las que se necesita grandes trozos de piel para cubrir grandes áreas cruentas, como ser las reconstrucciones mamarias luego de extraído un tumor, o situaciones similares. Gillies, uno de los padres de la cirugía plástica moderna, ante esas situaciones extremas en las que eran necesarias grandes porciones de piel para cerrar una gran área cruenta, había ideado, siendo así el primero en el mundo, un colgajo que tomaba la forma de tubo y se formaba en la parte baja del abdomen, donde siempre hay piel redundante. Al tubo se le desprendía uno de sus extremos, mientras el otro quedaba unido al cuerpo y se lo avanzaba tal cual avanza una oruga. Para cada avance debía esperar hasta 2 meses y luego continuaba, de tal forma que, para llegar ese tipo de colgajo desde el abdomen hasta el cuello o la cara, pasaba casi un año y necesitaba 4 o más intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, a pesar de que el método era tan engorroso, el profesor Ardao lo llevó a cabo en Uruguay, siendo uno de los primeros cirujanos en Sudamérica en realizar esa técnica que para aquella época, alrededor de 1950, se trataba de una gran novedad. Ahora bien, con el empleo de la microcirugía vascular reparadora se pudo lograr que al identificar una arteria y una vena del tamaño de 1 mm de diámetro aproximadamente, y que le

dan vida a un gran trozo de piel, si se suturan esos vasos a otros similares de una zona receptora, en un tiempo de 4 horas y en un solo acto quirúrgico se puede realizar la operación que a Gillies le llevaba 1 año y 5 cirugías. **Ese es el gran avance que la microcirugía reparadora logró. Por fin pueden trasladarse grandes trozos de piel, de una zona distante, a otra del cuerpo. Puede reimplantarse trozos amputados. Pueden trasladarse órganos,** cumpliendo así los sueños tantos años atesorados.

## SUTURAS DE PEQUEÑOS VASOS Y SU APLICACIÓN

En 1896 Murphy y en 1903 Carrel usando una técnica llamada de triangulación, lograron suturar vasos del tamaño de “one half inch”, según como él lo describe. Aunque no era una arteria microscópica, nadie lo había logrado anteriormente. Con ese tipo de técnica Saindemburg en 1957 logró trasplantar en un ser humano un trozo de intestino delgado a una zona del esófago al que se le había extraído por un tumor. En 1959, Susumo Tamai, en Nara, Japón, con técnicas e instrumentos innovadores, falló en tres intentos por reimplantar dedos amputados en obreros, aunque más adelante logró reimplantar una pierna. En 1962 Malt en Boston logró reimplantar un antebrazo. En estas cirugías se realizaron suturas de vasos cuyos diámetros variaban entre 5 a 10 mm de diámetro, salvo en los casos de los dedos cuyas arterias tienen un diámetro de sólo 1mm.

Generalmente las suturas se realizaban a simple vista o mediante el empleo de lentes de aumento.

Fue Nylén, un oftalmólogo, quien comenzó a utilizar el microscopio para que, a través de esa visión magnificada, realizar mejor sus cirugías oculares. Los cirujanos tomaron rápidamente su idea y comenzaron a unir experimentalmente, arterias y venas de pequeños animales, observando sus suturas, mientras las hacían, a través de la visión de un microscopio. Por ello lo que a simple vista parecía muy pequeño, que eran las arterias de 10 mm de diámetro, con el empleo del microscopio se comenzaron a suturar arterias de 1mm de diámetro. Sin embargo se necesitaba otro tipo de accesorios, ya que al ser el tamaño de los vasos a suturar tan pequeño, era necesario emplear agujas, hilos e instrumentos de alta precisión. No fue de extrañar que los 4 lugares que iniciaron

el desarrollo de la microcirugía fueran los países donde sus industrias pudieran ofrecer rápidamente esa nueva tecnología a los cirujanos, eso sucedió en EUA, Japón, Australia y China.

En 1960 Jacobson y Suárez en EUA, comunicaron que habían desarrollado una técnica con la que habían obtenido 100 % de éxitos, suturando arterias de perros y conejos con diámetros que variaban de 1 a 1,4mm. **Con ellos nació la microcirugía vascular.**

Es muy interesante el caso del investigador Suárez, ya que se especializaba en la investigación pura, es decir, investigar hasta el momento de dar solución a un problema, sin integrar luego los equipos que desarrollarán el uso de esa idea. Se trataba de un investigador argentino, radicado en EUA que una vez obtenido ese logro por primera vez en la historia, se dedicó a continuar investigando otras ramas de la ciencia, abandonando para siempre las suturas vasculares.



Harry J. Buncke examina un niño

En 1964 Harry Buncke (1922 – 2008) en EUA se dedicaba a continuar con estas investigaciones, al momento en que finalizaron los rubros que le otorgaba la universidad para llevarlos adelante. Esos rubros no fueron renovados porque se entendió que con dicha investigación no obtendría ningún resultado práctico. Pero Buncke, que sabía mirar más lejos, montó un laboratorio en el garaje de su casa y continuó adelante. Antes de realizar cirugías en seres humanos con esta técnica ya había logrado reimplantar orejas en los conejos y reimplantó dedos en monos. Pero la oportunidad le llegó antes a Susumo Tamai, en Japón, quien realizó el primer reimplante mundial de un dedo en un ser humano. Esa cirugía se realizó en 1965. Cobbet en Inglaterra en 1968, llevó a cabo la primera transferencia de un dedo gordo del pie a la mano, en sustitución del dedo pulgar que se había amputado un obrero textil.

O'Brien en Australia en 1971, realizó una transferencia de tejido desde la ingle de un conejo trasladándolo al cuello. Por la misma época Toyomi Fujino en la Universidad de Keio, la que luego visitarían dos cirujanos uruguayos, entre ellos el autor, logró trasladar una glándula mamaria en una perra hacia el cuello, y una vez que la perra tuvo sus crías, una de ellas se alimentaba de la glándula mamaria transferida al cuello. El mismo O'Brien en 1972, Kiyonori Harii y Kitaro Ohmori, en Japón, en el mismo año y Daniel y Taylor en Australia un año después, hicieron las primeras transferencias en seres humanos de grandes porciones de piel de una zona dadora a otra zona receptora alejadas entre sí. **La microcirugía vascular reparadora era aplicada en pacientes con total éxito.**

## **MICROCIRUGÍA REPARADORA EN URUGUAY Y EN EL HOSPITAL PASTEUR**

El sueño de realizar transferencias de tejidos de una zona a otra más alejada en el cuerpo humano, también estaba en la mente de los cirujanos uruguayos. El Dr. Guillermo H. Fossati, un visionario, siempre hablaba de conversaciones mantenidas con el Dr. Alejandro Vázquez Barbé, acerca de la posibilidad de llevar a cabo este tipo de operaciones.

En el caso personal del autor, incluido también en esos sueños, sucedió que siendo partícipe del congreso argentino de la especialidad en 1975 en Buenos Aires, el Dr. Seichi Ohmori, padre de Kitaro,

presentó por primera vez en América del Sur, un video realizado en su servicio de Tokyo, en el que se mostraba una cirugía reparadora en una paciente que tenía una gran cicatriz en el cuello, que le impedía centrar su cabeza. La operación consistía en remover la cicatriz, poner la cabeza en posición, y cubrir esa gran faltante de piel mediante un gran colgajo de piel traída desde la región inguinal, con sus pequeñas arterias y venas microscópicas, las cuales se unieron a vasos de similar calibre, aproximadamente 1 mm de diámetro, que estaban en el cuello. Una vez realizadas las suturas correspondientes el gran trozo de piel tomó nuevamente el color rosado característico de la piel bien irrigada y vital. **El milagro del que tanto se hablaba estaba ante los ojos de todos los presentes.**

Fue tanta la admiración de los cirujanos que allí estaban, que en forma espontánea todos se pusieron de pie, y se escuchó un estruendoso y prolongado aplauso. El autor de este libro nunca había visto, ni nunca volvió a presenciar algo parecido en una sesión de un congreso. Aún recuerda vívidamente ese momento con admiración y emoción.

En América del Sur solamente en San Pablo, se experimentaba con técnicas de microcirugía vascular. Por lo que tomó la decisión de concurrir a ese laboratorio que dirigía el Dr. Marcus Castro Ferreira, y que estaba muy entusiasmado con el procedimiento, pero carecía de un laboratorio para realizar un entrenamiento prolongado.

Al regreso el autor se dirigió a la embajada de Japón, dando inicio a los trámites necesarios para obtener una beca de perfeccionamiento en microcirugía. El agregado cultural Sr. Imazu se interiorizó en la solicitud y alentó a que la Beca se concediera. En su segunda entrevista le dijo al autor que había ideado un plan, que consistía en el **envío de dos cirujanos** a Japón, uno por año, y que al regreso de ambos recibirían una **donación** de los instrumentos necesarios para la realización de ese tipo de cirugía en el país. Posteriormente a ese paso, había planificado la **visita de docentes japoneses**, los que dictarían conferencias en Uruguay. Para el país una maravilla de plan, que se cumplió a la perfección.

Mientras la beca se tramitaba, el Dr. Fossati consiguió que les prestaran el microscopio quirúrgico que pertenecía a otorrinolaringología, para que una vez por semana pudieran realizar su entrenamiento. Por supuesto que tenían grandes carencias, entre ellas era que al micros-



copio que les prestaban, le retiraban la lámpara que ilumina el campo quirúrgico, aduciendo que fácilmente se quemaba y era difícil de reponer. No se detuvieron, Fossati y el autor, colocaron una gran lámpara externa que producía mucho calor, pero al menos podían ver con cierta claridad. A pesar de ello, era importante manipular los instrumentos mirando por el visor con la cabeza recta hacia adelante, los ojos puestos en los binoculares, mientras el campo operatorio estaba exactamente debajo, donde pequeños movimientos de las manos o dedos son enormes con la magnificación. Así que para lo único que les servía era para ir logrando esas automatizaciones. Concurrían los sábados de mañana los Dres. Raúl Villagrán y Enrique Fossati junto al autor. También les autorizaron a concurrir al departamento de cirugía experimental de la Facultad de Medicina donde realizaban suturas vasculares en perros, para lo cual sólo empleaban lupas, ya que allí se carecía de microscopio.

Por esa época consultó en el servicio del hospital un paciente con una patología muy compleja y en estado muy avanzado, ya que tenía un tumor que le tomaba toda la mejilla derecha. El Dr. Fossati decidió que luego de la gran resección del tumor, el área cruenta se cerrara mediante un colgajo libre de piel traída desde la ingle y se uniera a la zona mediante suturas vasculares con microcirugía, con el inconveniente que los clips que se colocan en el extremo de los vasos para coserlos, no existían en Uruguay y se decidió usar como clip, las pinzas metálicas que comúnmente se utilizan como “ruleros”. El encargado de la cirugía fue el Dr. Vázquez Barbé, ayudado por el Dr. Irigaray. El colgajo no logró sobrevivir y la operación fracasó. Con ese fracaso se tomó real dimensión que, para incursionar en la microcirugía vascular reparadora, tenían que contar con instrumentos, hilos, y cirujanos entrenados en esa disciplina, demostrando que con el adiestramiento realizado los días sábados no era suficiente.

Por ese entonces le llamaron al autor, desde la embajada de Japón, haciéndole conocer que en 15 días debería salir hacia Tokio. También le hicieron conocer que había un pequeño cambio en cuanto al sitio donde se realizaría el entrenamiento; en lugar del sitio solicitado, que era donde trabajaban los Dres. Harii y Ohmori, el entrenamiento se haría en la universidad de Keio, donde trabajaba el Dr. Fujino. La universidad de Keio es la más importante de Japón y Fujino había rea-

lizado ya dos pasantías por EUA y había realizado múltiples trabajos científicos, que fueron publicados por revistas internacionales. El sub jefe era el Dr. Takao Harashina, que acababa de regresar de un viaje a EUA, al servicio del Prof. Buncke, pionero de la microcirugía vascular.

De esa estadía traía una anécdota imperdible. Buncke había invitado a Harashina a una reunión en su domicilio, para presentarlo a algunos médicos conocidos. Ya tarde en la noche y cuando la reunión estaba finalizando, el Dr. Buncke recibe una llamada desde el hospital donde le explican que en la emergencia estaba un niño que presentaba el dedo pulgar amputado. Por ese entonces, en esa institución, solamente el Dr. Buncke estaba capacitado para realizar ese tipo de reimplante. Mientras va hacia el garaje, le pide al Dr. Harashina que lo acompañe, para ver juntos al paciente. Efectivamente el niño tenía un corte muy limpio que le causó la amputación, que había ocurrido hacía pocos minutos. Dichas características, de que era un niño, una amputación con un corte muy neto, y con poco tiempo de evolución, hacía que el reimplante se impusiera. Buncke llamó aparte a Harashina y le dijo:

-Usted comprenderá que con lo que tomé de bebidas en mi casa, creo que usted está en mejores condiciones que yo para realizar la operación, ya que lo observé toda la noche y usted no tomó nada de alcohol.

Rápidamente Harashina comprendió el motivo de la invitación de ir juntos al hospital. La cirugía fue exitosa por lo que de esa forma un niño de EUA tiene un dedo reimplantado por un cirujano japonés, que sólo realizaba una visita de estudios.

Antes de partir el Sr. Imazu comunicó al autor varias directivas acerca de la convivencia social en Japón, que es típica de cada pueblo, y considera interesante dar a conocer algunas, interesantes sobre todo para quienes no hayan viajado allí.

1 cuando lo citen a una reunión y le indiquen la hora, debe llegar 10 minutos antes, así de esa forma usted no pierde tiempo, ni tampoco se lo hace perder a quien lo citó.

2 cuando haga una sugerencia, tiene usted que ver las reacciones que causa y tener la impresión de lo que sucede, ya que generalmente no se estila decir **no** directamente, aunque finalmente esa sugerencia no sea aceptada.

3 cuando se toma la típica sopa de fideos, sobre todo si son muchas las personas, se siente un gran ruido característico porque los fideos al tomarlos con los palitos se deben absorber, lo que produce un sonido especial, y ello no se considera mala educación.

4 cuando salga a la calle debe tener su identificación a mano.

En base a tener en cuenta la primera de las recomendaciones, pero sin recordar la última, es que le sucedió algo poco creíble. A su llegada el guía que le dejó en el hotel, le comunicó que al otro día le pasaría a buscar a la hora 9 para llevarle a la universidad. Era tanta su expectativa que se levanté a las 6y30, desayunó y a las 8 ya estaba pronto para la cita. Considerando que tenía mucho tiempo a favor decidió hacer una pequeña salida a pie, para conocer algo de la vecindad, con tan mala fortuna que, al pasar frente a una pequeña garita policial, salió un policía y en forma muy correcta le pidió su identificación. Allí le explicó que el pasaporte estaba en la caja fuerte del hotel, a dos cuerdas de distancia, que si le acompañaba se lo mostraría, pero le respondió que ni él ni el autor podían moverse de allí, y llamaría un patrullero para que le trasladara a la central de policía. Aunque el autor insistió que la identificación estaba en el hotel y que el mismo se podía ver a simple vista por lo cercano. Al fin se comunicaron con el consulado uruguayo permitiéndome hablar. Desde la embajada, que ya estaban enterados de su llegada, le dicen que tendría mucha suerte si los policías deciden ir hasta el hotel cercano, ya que a las personas sin identificación las llevan directamente a la Central de Policía. Hablando nuevamente con ellos los logran convencer y le trasladan hasta el hotel donde les exhibió el pasaporte, al que fotografían y se retiran. A todo esto, cuando miró la hora ya eran las 10 de la mañana y su contacto se había ido del hotel, sin tener noticias de este autor.

En suma, piensa quien escribe, que es mejor estar presente 10 minutos antes de la cita que estar con 1 hora de antelación y despistado.

Al día siguiente todo se soluciona y comienza el entrenamiento en un muy lindo laboratorio. Los animales de experimentación están en un bioterio que se ubica en un edificio exclusivo para animales de varios pisos de altitud, donde se acomodan en sus respectivas jaulas, diferentes tipos de ratas, perros, y hasta monos traídos desde Filipinas. El cuidado con los animales es impresionante, y para llegar a ellos

hay que cambiarse varias veces de zapatos. Los funcionarios además de cuidarlos desconocen totalmente los experimentos que se llevan a cabo y nadie descarta un animal sin una orden expresa. De allí que al año siguiente cuando llega el segundo becario uruguayo que era el Dr. Enrique Fossati, encuentra una jaula con el nombre del Dr. Irigaray, conteniendo en su interior una rata a la que le había realizado uno de sus últimos experimentos, un año antes.

El entrenamiento consiste en saber tomar con las manos y desde la cola una rata blanca tipo Winstar, y teniéndola con la cabeza hacia abajo se debe inyectar en el abdomen el anestésico indicado. La anestesia una vez que hace efecto tiene una duración entre 2 a 3 horas, luego de lo cual el animal se despierta en perfectas condiciones. Una vez lograda la anestesia, se llega a una arteria de la zona inguinal que mide aproximadamente 1 mm de diámetro, se coloca un clip doble, se secciona la arteria en la zona central del clip y luego de un lavado con suero, hay que volver a unirla, utilizando hilos que miden micras de espesor y agujas casi invisibles a simple vista. La precisión debe ser tal que, alrededor de la arteria de 1 mm de diámetro, se deben dar 8 puntos para unir ambos extremos, utilizando la misma técnica para suturar las venas.

Parece interesante remarcar la importancia de los entrenamientos en animales de laboratorio antes de hacer cirugía en seres humanos. Si bien existen actualmente simuladores o maniqués de siliconas para realizar ciertos entrenamientos, es muy diferente suturar un tubito de silicona a suturar una arteria verdadera. Siempre ha visto este autor, tratar con gran respeto a los animales y muchos investigadores les agradecen en silencio mientras se entrenan, ya que siempre deben recordar que depende de un buen entrenamiento del cirujano a fin de que pueda llevar a cabo reimplantes de dedos o brazos u otros tipos de operaciones vitales para los pacientes. Recuerda que luego de un tiempo se le unió el Dr. Bibolini de Paraguay, conocido como Poncho. Fue un gran compañero y fue un gran cirujano plástico en Asunción. Lo mismo debe decir de todos los cirujanos japoneses que, con su calidez humana y sus enseñanzas, hicieron de su estadía un tiempo inolvidable. Esto queda demostrado ya que cuando se enteraron de su interés por conocer a los otros grandes microcirujanos japoneses que trabajaban en el Metropolitan Police Hospital de Tokio, donde estaban Harii y

Ohomori, hicieron los contactos necesarios para que concurriera una vez por semana a observar las operaciones que allí se realizaban. El Police Hospital estaba repleto de médicos extranjeros del mundo entero. Para ello en el microscopio de la sala de operaciones además de tener 2 visores uno frente al otro, para el cirujano y su ayudante, también le habían colocado un visor lateral donde los visitantes se turnaban para ir viendo el desarrollo de la operación.

El Dr. Harii, jefe de microcirugía le dejó una enseñanza inolvidable que siempre transmitió luego el autor a sus discípulos y le consta que ellos la aplican permanentemente. Se trató de que, en medio de una cirugía particularmente compleja, el Dr. Harii luego de realizar la sutura de la arteria correspondiente, queda mirando por un tiempo y en silencio la arteria suturada. Acota este autor que de esa sola sutura depende que la operación sea un éxito o un fracaso. No hay término medio. A todos los presentes que observaban la cirugía les parecía que todo estaba dentro de lo normal, pero dentro de un inmenso silencio, Harii toma una tijera, corta su sutura, y procede a realizarla nuevamente, ello retrasó la operación unos 25 minutos. Nadie se animaba a decir ni una palabra, todos los presentes se preguntaban qué hubieran hecho cada uno si se enfrentaran a las mismas condiciones y buscaban la razón en qué se había basado para tomar la determinación de cortar la sutura arterial quien era en ese momento el mejor microcirujano vascular del mundo. Una vez finalizada la operación y sentados ya en el estar de los médicos, más tranquilos, se le formuló la pregunta que estaba en boca de todos. El motivo que lo llevó a cortar la arteria suturada y que parecía estar funcionando bien. La respuesta no pudo ser mejor. Ese episodio guió, a este autor, el resto de su vida y como dijo sigue transmitiendo a los cirujanos más jóvenes y aquí se lo transmite a los lectores. En un profundo silencio los miró uno por uno y en correcto inglés les dijo: **“La corté y la volví a suturar, porque a mí me gusta ir a dormir tranquilo.”**

Por ello, el autor siempre ha enseñado que el cirujano que durante una cirugía no le gustó cómo queda, aunque más no sea un solo punto, y no se anima a cortarlo para rehacerlo **no merece ser cirujano.**

**Todos deberían ir a dormir tranquilos pensando que hicieron lo mejor.** Este concepto se puede extrapolar para cualquiera de las actividades humanas.



En Tokio: de izq a der: Dra. Amparo Silva, de Colombia, Dr. Takao Harashina, Dr. Irigaray, Dr. Komatsu, en la Universidad de Keio, en Tokio.

Cerca del final de la beca, había logrado realizar experimentos muy complejos en los animales, de tal manera que el autor entendió que la enseñanza dispensada había sido muy completa y muy bien planificada. Sin embargo, a pocos días de su regreso el Prof. Fujino le tenía reservada una gran sorpresa. Le solicitó si podía ser su ayudante en una cirugía que incluía una transferencia libre de tejido para el tratamiento de una gran cicatriz retráctil en el hombro de una paciente. Al comenzar la operación se paró frente al autor y en un acto casi ceremonial le cede el bisturí para que actuara de cirujano y él como ayudante. Fue un gesto inolvidable. Como dijo anteriormente, tanto Fujino como Harashina, habían concurrido a hospitales de EUA y conocían perfectamente cómo en los hospitales se hacen cumplir las diferencias jerárquicas. Sin embargo, en Japón, uno de los países más desarrollados del mundo, que el jefe del departamento ceda una cirugía a un becario lo consideró este autor un gesto de solidaridad e igualdad que solo en Suiza le volvió a suceder cuando conoció al Prof. Narakas, como se relatará más adelante. Para que se conozca a qué grado, en ciertos lugares se hacen valer las diferencias jerárquicas, pasa a detallar este relato que le llegó directamente de uno de los participantes. Cuando Sir

Harold Gillies, de quien ya se mencionó en otros capítulos y se seguirá citando a lo largo de este libro, era jefe del servicio de cirugía plástica en Londres, uno de sus integrantes era un joven médico venido de Edimburgo, llamado Mustardé. Cierta día en el que se realizaba la visita de sala, procedimiento fundamental en las tareas de un servicio, ya que se observa el estado de cada uno de los pacientes, controlando los pacientes ya operados y se va decidiendo quienes se van a operar en el transcurso de la próxima semana. Este proceso llamado coordinación operatoria, se trata de una especie de ceremonia casi religiosa en casi todos los servicios quirúrgicos del mundo. En general todos los integrantes se sientan en el aula, se va nombrando paciente por paciente de quienes se van a operar y el jefe, en este caso Gillies, designa el equipo quirúrgico y se habla además de la técnica quirúrgica que se empleará. Es en la coordinación donde se toma la decisión de qué se hará y quién lo hará. En la próxima visita de sala, se realiza la misma rutina, se controlan los pacientes operados y se deciden las operaciones de la próxima semana. En el caso de esta anécdota, cuando se estaban controlando los pacientes ya operados, es allí donde Gillies, con su gran memoria, encuentra que a uno de los pacientes se le había realizado con éxito un procedimiento que no era el que habían acordado que se le realizaría, pidiéndole al cirujano venido de Escocia, que era quien él había designado como cirujano para ese paciente, que concurriera a su escritorio una vez finalizada la recorrida. Mustardé así lo hace y encuentra a Gillies en su escritorio, quien sin levantar la vista de lo que estaba haciendo le dijo: “Dr. Mustardé, a partir de mañana, no lo quiero ver más en este servicio.”

No se interesó en preguntar el por qué del cambio de la técnica quirúrgica, ni en considerar que el paciente estaba muy bien. Con el tiempo Mustardé logró el título de profesor, y se transformó en el mejor cirujano de párpados del mundo. Esta anécdota la contó el propio Mustardé, durante su visita a Buenos Aires, donde tuve el placer de conocerlo. Él ya era un cirujano mayor y consagrado, que había escrito varios libros, así que este autor lo invitó a que realizara una visita a Montevideo, la que aceptó inmediatamente, pero le puso una condición, que era la de llevarlo a pescar dorados al Río Uruguay. Aunque todos sabían que su *hobby* era la pesca, nunca se imaginó que conociera cuáles eran los peces que se podían pescar y en qué río. Lamentablemente la invitación se postergó por problemas de salud del invitado.

En Japón durante el entrenamiento, además de las actividades académicas, tenían actividades sociales, las que los acercaban más a entender la vida en ese país. Junto al Dr. Bibolini concurrimos a conocer al Dr. Susumo Tamai, en Nara, quien era uno de los pioneros de la microcirugía vascular y el primero en lograr reimplantar un dedo en el mundo. Más adelante visitaron Hiroshima para conocer el increíble y emocionante Museo de la Bomba Atómica. Allí vieron a muchos japoneses que provenían de otras regiones que finalizaban el recorrido del museo con lágrimas en los ojos.

Un hecho interesante de relatar ocurrió al poco tiempo de su llegada, ya que cada mes se hace la presentación oficial de los becarios, ceremonia a la que se le asigna cierta solemnidad, en la que están presentes los embajadores de cada uno de los países a que pertenece cada becario. Por Uruguay, ese día era el único, a pesar que el intercambio es casi permanente. Al concurrir le recibieron en la entrada de un importante hotel, acompañándole hasta un gran salón, donde se destacaban en un lado, un importante buffet, y en el centro del salón sobre una tarima, un barril de sake rodeado de pequeños vasitos de porcelana y un gran cucharón del mismo material para servirse la bebida. El coordinador asignado al autor, le aconsejó que tomara poco a poco, ya que parece que es una bebida con poco alcohol, aunque al poco tiempo hace efecto. Cómo desde que había llegado no había probado el sake, rápidamente bebió tres copas para degustarlo. Al cabo de poco tiempo le comienzan a temblar las rodillas y entra casi en pánico, pensando en la situación de un becario alcoholizado, justo el día de su presentación. Para evitar caerse, comienza a caminar hacia atrás a fin de recostarse en alguna pared. En ese momento se le acerca su coordinador de actividades y le dice: “tranquilícese, usted está con la cara blanca, esto no es nada más que un terremoto !!!!!!!”, Fue así como vivió este autor el primer terremoto de su vida, lo que para los japoneses es un hecho casi a diario.

Al regresar, teníamos todo por hacer:

Conseguir un microscopio quirúrgico propiedad del servicio, mientras esperábamos los que nos donarían desde Japón.



Formar un equipo quirúrgico eficiente y motivado con esta técnica, ya que se trata de operaciones que normalmente tienen una duración de 4 a 8 horas.

Dar a conocer en nuestro medio las posibilidades que ofrece la microcirugía reparadora.

Comenzar a realizar operaciones para formar nuestra casuística y ganar en experiencia.

Formar sociedades científicas de microcirugía reparadora e integrarnos a sociedades similares de la región y del mundo.

El Dr. Guillermo H. Fossati ya se había preocupado de la primera necesidad, al aceptar una donación de un microscopio Vasconcellos, de origen de Brasil, que había ofrecido el Dr. Miguel Páez Vilaró. Era un gran avance. Al regreso del autor, en 1978, se entera que el microscopio estaba depositado en un cajón en el puerto de Montevideo. En determinado momento un diligente funcionario de la aduana le había informado que de no retirarlo rápido, corría riesgo que se deteriorara totalmente. Esto lo inquietó mucho; necesitaba documentos del MSP, que demorarían su tiempo. Habló con el director del hospital, quien comprendió perfectamente y entregó numerosas notas membretadas con símbolos del hospital, explicando la situación y que le autorizaba a retirarlo. Al día siguiente, sábado, contrató un camión y junto a varios médicos fueron a retirar el microscopio a la aduana. No concebían que un material que necesitaban tanto y que había sido donado con total desinterés, se deteriorara sin usarse. Pusieron todo su empuje, y con la buena voluntad de la aduana, escuchando los argumentos tan contundentes, se obvió la nota ministerial y ese sábado de mañana al abrir ese gran cajón terminaron festejando, al contar así con su primer microscopio.

La segunda premisa, que era la de formar un equipo quirúrgico, lo difirieron hasta el retorno del segundo becario del servicio.

Se encontraban prontos para realizar los casos clínicos, y fue así que en setiembre de 1978, realizaron el primer colgajo de microcirugía reparadora en el Hospital Pasteur y en diciembre del mismo año, realizaron el que sería el primer reimplante de un dedo en Uruguay, y lo que probablemente fuera uno de los primeros en Sudamérica. Se trató de

un paciente que trabajaba en una parrillada, que al cortar un trozo de lechón se seccionó el dedo pulgar; un hijo inteligentemente, mientras la familia llevaba al paciente al CASMU de la Av. 8 de Octubre, fue a buscar el dedo amputado que estaba en la parrillada. El familiar no tenía ni idea que se podía volver a colocar. Pero como anteriormente se dijo, al tratarse de un corte neto, no por arrancamiento, y con muy poco tiempo de evolución, decidieron realizar el reimplante. La operación comenzó en la noche del 23 de diciembre y terminó en la mañana del 24. Participaron como anestesista la Dra. Dalila Cuadra, y como instrumentista la Sra. Cristina Pandolfo. Era Nochebuena y pensó el autor que la operación no podía terminar mal. El paciente tenía su dedo pulgar colocado y pudo continuar con su trabajo.

En cuanto al equipo quirúrgico en ese primer año lo integraban los Dres. Aldo Roncagliolo, Carlos Breitfled, Marta Calcagno, y Miguel Machín. Posteriormente se integraron los Dres. Enrique Fossati y Roberto Ortiz, quien realizó su entrenamiento en forma completa en Uruguay. Se destaca también al Dr. Jorge Curbelo Warren, quien con su dedicación mantuvo activo el laboratorio de microcirugía para formar a los nuevos cirujanos. El Dr. Carlos Palacio, además de realizar su entrenamiento en el laboratorio que se montó en el servicio, concurrió también a realizar becas a Israel y a Taiwan. Todos ellos forman actualmente un equipo de microcirugía de mucha valía.

Más dificultoso fue conseguir anestesistas para realizar este tipo de anestesis prolongadas. Debe recordarse a la Dra. Yolanda González en los comienzos, y al Dr. Jorge Katzenstein posteriormente. La situación se solucionó cuando la Sociedad de Anestesiología aprobó un arancel especial para este tipo de cirugía y recomendó la presencia de 2 anestesistas en cada una de las intervenciones que se consideraría como anestesia prolongada.

Dentro de las instrumentistas, debe reconocerse la tarea del cuidado de los instrumentos tan delicados, y la actuación en el comienzo de la licenciada Sra. Rosario Giraldez, y posteriormente la actuación de la licenciada Sra. Nelly Rodríguez Bentancur.

Para la creación de una Sociedad de Microcirugía Reparadora se encontró con un escollo, ya que eran muy pocos los cirujanos que practicaban este tipo de cirugía. Uruguay fue pionero en América del

Sur en realizar operaciones de microcirugía reparadora, por ello fueron requeridos en múltiples ocasiones para ofrecer conferencias, asistir a congresos o realizar demostraciones quirúrgicas, sobre todo en Argentina. Para que se tenga una idea acerca de cuán avanzado estaba el país en cuanto a microcirugía vascular reparadora, se relatará el siguiente suceso. Un día convocan al autor desde el Hospital Británico porque en un barco español que estaba operando en el puerto, había ocurrido un accidente. Uno de sus operarios había sufrido la amputación casi total de un pie al cerrarse abruptamente una compuerta. En el capítulo sobre el Hospital Británico se verá que los seguros médicos de empresas fluviales extranjeras tienen como referencia dicho hospital para realizar la atención médica. Hacia allí derivaron al tripulante y dado el tipo de trauma y el poco tiempo transcurrido, decidió el autor proceder al reimplante del pie. Una vez que finalizó con éxito la cirugía, que al cirujano que relata le pareció de una realización relativamente fácil, ya que el diámetro de las arterias y venas a nivel del tobillo, son más del doble de lo que miden a nivel de los dedos de la mano, que reimplantaban ya en forma frecuente. Impensadamente a poco de finalizar la cirugía y al llegar a su domicilio le comunicaron por teléfono de la Radio Televisión Española, (RTVE), de la cadena SER de España, y aún desde el mismo pueblo del cual era originario el tripulante. Todos querían hablar de qué tipo de cirugía se había realizado y donde habían adquirido sus conocimientos, diciéndole que allí en España era la primera vez que se hablaba del tema de los reimplantes de los miembros. El tripulante vivía en La Coruña, en un sitio llamado Puebla del Caramiñal (A Pobra do Caramiñal) un poblado de unos 5000 habitantes, cuyo alcalde al comunicarse con el autor le pidió fervientemente que fuera a visitar esa región y que estaría encantado de recibirle.

Como se dijo dado el pequeño número de cirujanos que practicaban la microcirugía reparadora decidió el autor reunir a todos los cirujanos que realizaban técnicas de **microcirugía**, aunque practicaran diferentes especialidades, de allí nació una sociedad científica como filial de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. En una resolución tomada el día 21 de julio de 1980, que lleva las firmas del Dr. Roberto Perdomo, como presidente de la Sociedad de Cirugía y del Dr. Juan Chifflet como secretario, se acepta a esta seccional como integrante de la Sociedad de Cirugía. Esta seccional se regía por un **reglamento** edi-

tado en 1980, y entre sus cláusulas se estipulaba que todos los trabajos científicos serían publicados en la *Revista Cirugía del Uruguay*.

La primera directiva estaba constituida por Alberto Irigaray como presidente, el Dr. José Blasiak (ORL) como vicepresidente, el Dr. Pedro Benedeck (neurocirujano) como secretario, el Dr. Enrique Fossati, (cirujano plástico) como tesorero y el Dr. Walter Perillo (neurocirujano) como vocal. El resto de los miembros fundadores fueron los Dres. Pedro Estapé (ORL), Justo Elías Alonso Regules (ORL), Guillermo H. Fossati (cirujano plástico), Virgilio César Gutiérrez (ORL), Jorge Miguel De Vecchi Gutiérrez (cirujano plástico), Fernando Oreggia (ORL), Jaime Sala López (ORL), y Hannes Volker. Por esta razón la filial de microcirugía fue invitada a participar en el Congreso Uruguayo de Cirugía que se realizó en Carmelo, bajo la Presidencia del Dr. Federico Latourrette. En la mesa sobre microcirugía desarrollada durante el congreso, recuerda el autor exposiciones de los Dres. Guillermo H. Fossati, José Blasiak, José Perillo, Luis Alberto Castillo, y Alberto Irigaray. El Dr. Castillo fue profesor de ORL, muy reconocido, que había solicitado afiliarse a la sociedad por su reconocida trayectoria en la microcirugía del tratamiento de las lesiones intracraneales del nervio facial.

En cuanto a la región, en Buenos Aires comenzó a trabajar en microcirugía el Dr. Claudio Angrigiani, y en Brasil, además del ya citado Marcus Castro Ferreira de San Pablo, comenzaron a trabajar en microcirugía los Dres. Tomaz Nassif de Río de Janeiro y Roberto Correa Chem de Porto Alegre. Por ese entonces se decidió fundar la Sociedad Sudamericana de Microcirugía Reparadora, recayendo la presidencia en el pionero Marcus Castro Ferreira y la vicepresidencia en Alberto Irigaray.

El autor fue enviado en misión oficial por el MSP, en junio de 1983, a realizar una presentación en el VII Simposio Internacional de la Sociedad Internacional de Microcirugía realizado en Nueva York donde expuso el tema sobre **reimplantes digitales**.

Más adelante, en junio de 1988, en Quito recibió la designación como director del capítulo de microcirugía de la Federación IberoLatinoamericana de Cirugía Plástica. En ese capítulo en julio de 2008, fue designada como vocal la Dra. Marta Calcagno de Uruguay, siendo su director el Dr. Juan Carlos Rodríguez.

Desde 1998, integró el comité editorial, del *Journal of Reconstructive Microsurgery*.

Tenía una muy buena formación en microcirugía vascular, pero en el mundo se estaba cambiando el concepto sobre la cirugía de los nervios periféricos, ya que la introducción del microscopio para este tipo de cirugía había cambiado la forma de su realización. Para interiorizarse de las nuevas técnicas de microcirugía de los nervios periféricos, concurrió a diferentes centros donde se estaban desarrollando estos cambios. El Dr. Enrique Fossati, se trasladó a Francia a visitar a los Dres. Alnot y Alain Gilbert, mientras que el Dr. Irigaray visitó a principios de 1981 a los Dres. Hanno Millesi en Viena y al Dr. Algimantas Narakas en Lausana.

El nuevo concepto ponía fin a la sutura de los nervios periféricos en forma directa, aunque la zona que se unía quedara con alguna tensión, demostrándose que era preferible la colocación de un injerto de nervio que cubriera la zona faltante de nervio, que tratar de hacer una sutura directa llevando los extremos de los nervios bajo una fuerza desmedida. Se popularizó la realización de los injertos en la cirugía de los nervios periféricos. La zona donde se toman los nervios donantes son aquellas donde el nervio es solamente sensitivo, en general de las piernas, por lo que dejan una zona anestesiada en la parte externa de la pierna; pero esos nervios colocados en las zonas lesionadas permiten volver a mover los brazos o piernas paralizadas. EL Dr. Gilbert en Francia operaba lesiones de los nervios periféricos en los brazos, sobre todo en niños (lesiones del plexo braquial de causa obstétrica), mientras que el Dr. Millesi en Viena y fundamentalmente el Dr. Narakas en Suiza operaban las lesiones de los nervios que van desde la columna cervical al brazo o sea lesiones del plexo braquial en adultos.

El Dr. Algimantas Narakas nació en Lituania en 1927 y falleció en Lausana en 1993. A los 11 años explorando una granada de la Primera Guerra Mundial, hace que explote produciéndose graves heridas en las piernas y en la cadera. De allí quedó con una osteítis en su pierna derecha y osteomielitis en la cadera. Su familia lo envió a Suiza en 1938 antes del comienzo de la 2<sup>a</sup>. Guerra. En ese lapso de internación en soledad leyó libros en francés y alemán. Después de terminada la guerra le realizaron tratamientos con el antibiótico estrella de ese momento que era la penicilina. Con ello mejoraron sus infecciones, aun-

que quedó con una renguera al caminar. Se le considera el pionero en el tratamiento quirúrgico de las lesiones del plexo braquial. Escribió libros sobre este tema junto con el Prof. Alnot, de Francia. Hizo una descripción minuciosa de las fibras nerviosas que transcurren por los diferentes nervios del brazo, desde la columna cervical hasta su llegada a los dedos. La experiencia la había obtenido debido a lo frecuente que son estas lesiones en los esquiadores. Recibía pacientes desde Inglaterra, Italia, Francia y Alemania.

Cuando el Dr. Irigaray llegó a su clínica en Lausana, la recepción que le ofreció fue tan amigable y amistosa que le llamó mucho la atención, después descubrió que era por los aprendizajes que le había dado la vida, criándose y educándose, lejos de su familia. Lo recibió en su biblioteca y le explicó: “en este fichero están numerados todos los pacientes que operé de lesiones de los nervios, más de 1000, en aquel archivo y con el número correspondiente encontrará todas las historias clínicas con las descripciones de los tratamientos que les hice y con los dibujos correspondientes,(era un gran dibujante), mientras que a su lado encontrará todas las fotos de la cirugías realizadas. Acá tiene la fotocopidora y fotocopie todo lo que crea que le pueda ser útil.” Difícil de creer, pero allí se destaca la personalidad de un caballero y docente, de una persona que llegó a Suiza absolutamente solo, sin saber el idioma, y gravemente herido.

En el hospital Pasteur se comenzaron a realizar cursillos anuales sobre microcirugía a los que concurrieron, no sólo médicos uruguayos de las más diversas especialidades, sino también cirujanos de la región, Argentina, Brasil y Perú. Recordamos entre ellos al Dr. César Arruena-tegui de origen peruano, pero trabajando en Brasil.

Fue muy importante a los fines docentes y asistenciales, como estaba previsto, la donación que recibió el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur de la embajada de Japón en 1978. Constaba de 4 microscopios binoculares completos, es decir que tenían binoculares para la visión de 2 cirujanos, más un visor lateral, como había visto el autor en Japón, a fin de que un estudiante pudiera ver en tiempo real, lo que van haciendo los cirujanos. Dentro del equipamiento también se incluían máquinas de fotos adaptables a los microscopios, a fin de ir documentando los pasos quirúrgicos que se entendieran convenientes; además incluía múltiples lámparas de repuesto, 4 coaguladores bipo-

lares e instrumental quirúrgico. No había que preocuparse por nada, por unos cuantos años. Se estimó el valor de la donación en 250.000 dólares.



Donación de microscopios 1980; sentados, izq a der: Prof. Takao Harashina y Prof. Toyomi Fujino, de pie izq a der Dres. Alberto Irigaray, Enrique Fossati y Guillermo H. Fossati, en Montevideo.

Como se dijo anteriormente el plan apoyado por la embajada incluía el arribo al Uruguay de docentes japoneses para que brindaran sus enseñanzas en el medio. De esa forma llegaron a Montevideo durante dos años seguidos, 1979 y 1980, los Dres. Toyomi Fujino, y Takao Harashina, mientras que en una de esas ocasiones vinieron a acompañados del Prof. Susumo Tamai. En una ceremonia muy protocolar el embajador de Japón, hizo entrega oficial de la donación.

En julio de 1980 la Academia Nacional de Medicina les otorgó la **mención honorífica del Gran Premio Nacional de Medicina a un trabajo que denominamos “Microcirugía vascular reparadora”**, cuyos autores fueron los Dres. Alberto Irigaray, Enrique Fossati, Aldo Roncagliolo, y Carlos Breinfeld.



En "La Redención", en 1980, una reunión con los cirujanos japoneses: de izq a der: Prof. Susumo Tamai, de Nara, Agregado Cultural de la Embajada de Japón en Montevideo, Guillermo H. Fossati, Prof. Toyomi Fujino y señora y Prof. Takao Harashina, de la Universidad de Keio.

En 1982 los visitó el Prof. Alain Gilbert. La venida de este cirujano fue muy popular, ya que en el hospital trasmitíamos sus operaciones de microcirugía, que eran muy innovadoras, por medio de un circuito cerrado de televisión; la señal se recibía directamente en el aula. Sin que los cirujanos supieran nada, de pronto el salón se llenó de periodistas que miraban las operaciones en la pantalla allí instalada, y era seguido de entrevistas y hasta caricaturas en los diarios de la época.

También tuvieron el gran gusto de recibir al Prof. Algimantas Narakas, que dictó varias conferencias acerca de la cirugía de los nervios periféricos y sobre todo el tratamiento relacionado a la reparación de las lesiones del plexo braquial.

Hicimos viajes a Montreal, para asistir al Congreso Mundial de Cirugía Plástica y posteriormente concurrimos en un viaje oficial a Nueva York en 1983, al simposio de la Sociedad Internacional de Microcirugía Reparadora, y en la sesión central sobre cirugía en el miembro su-



perior, Irigaray presentó el trabajo que sobre **“Reimplantes digitales”**. Esa presentación que se entendió fue muy valiosa, hizo que el Dr. Felipe Coiffman le confiara la elaboración del capítulo sobre reimplantes junto al Dr. Enrique Fossati, que se incluyó en su gran obra de varios tomos sobre cirugía plástica, el libro más completo sobre este tema escrito en lengua castellana.

En abril de 1988, este autor fue invitado por segunda vez a visitar Japón, con el fin de actualizar los conocimientos y a su vez concurrir al 9º Simposio de la Sociedad Internacional de Microcirugía Reparadora, realizado en el Monte Fuji. Desde ese momento fue incluido en el **editorial board**, del *Journal of Reconstructive Microsurgery*, editado en EUA.

Luego de esa estadía comenzaron a utilizar una más amplia variedad de nuevos colgajos, que tenían como premisa dejar pocas secuelas estéticas y funcionales en las zonas dadoras de los mismos.

Dada la gran trascendencia que tuvo la microcirugía en el servicio del hospital, llevó a que el director Dr. Jaime Luksenburg en 1990, cambiara la denominación del servicio, que pasó a llamarse, **“Servicio de Cirugía Plástica y Microcirugía del Hospital Pasteur”**.

Luego de la reforma de la planta física en el año 2000, el Laboratorio de Microcirugía se trasladó hacia la parte inferior del edificio, el que a nivel del hospital, corresponde al subsuelo. Allí con el esfuerzo del Dr. J. Curbelo, se puso en funcionamiento nuevamente el laboratorio de entrenamiento. Ello exigía un gran esfuerzo, ya que incluía traer y volver a llevar los animales de experimentación desde el Instituto de Higiene, ubicado frente al Estadio Centenario. De esa forma se entrenaron entre otros los Dres. Rossi, de Córdoba y Blanco, de Mendoza, así como les permitió lograr gran destreza quirúrgica tanto al propio Dr. Curbelo, así como al Dr. Roberto Ortiz.

## **APLICACIONES DE LA MICRO CIRUGÍA NERVIOSA Y VASCULAR REPARADORA**

Es muy interesante transmitir solamente algunos casos clínicos, a fin de dar a conocer los grandes avances médicos que se obtuvieron con el empleo de esta técnica.

## REIMPLANTES

El primer reimplante que hizo Irigaray fue realizado en CASMU; marcó un hito en este tipo de cirugía. Naturalmente se fue dando que la mayoría de las amputaciones de dedos y miembros se produjeran dentro del grupo de los trabajadores manuales, sobre todo aquellos que emplean guillotinas y sierras circulares. Por ese motivo la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado se erigió casi como un centro de reimplantes, brindando a los obreros todas las posibilidades científicas más actualizadas en cuanto a tratamiento. Debe resaltarse que ninguna institución pública ni privada se negó jamás a realizar un procedimiento quirúrgico. Fue común allí realizar reimplantes de uno o varios dedos, así como manos o antebrazos. Describieron y publicaron una técnica de reimplante que incluye el empleo de un tornillo sin cabeza, el cual se introduce de manera ingeniosa dentro del hueso de las dos partes seccionadas, lo que le concede gran estabilidad al dedo y le permite realizar movimientos en forma precoz.

La cirugía de la mano cambió radicalmente con el advenimiento de los reimplantes. Años atrás las secciones de nervios o tendones se reparaban 3 semanas después de ocurrido el accidente, lo que provocaba retracciones y faltantes de tejidos. Sin embargo, en los reimplantes se reparan todas las estructuras el mismo día de la cirugía, por lo que: se fijan los huesos, se suturan los músculos y tendones, se unen las arterias, las venas y los nervios y se cierran las heridas de piel, todo en un mismo tiempo quirúrgico.

Relataré este autor, de los casos realizados, sólo dos pacientes, porque cada uno de ellos conlleva una historia algo insólita.

Un joven que trabajaba en una imprenta, recibía las burlas de sus compañeros dado que votaría por un candidato diferente al que la mayoría de los operarios, ello ocurría justamente el día previo a las elecciones nacionales. En medio de una gran angustia personal, y en la mitad de la noche el joven regresó a la imprenta y con el fin de evitar concurrir a votar, decidió cortarse una de las manos con la guillotina que allí tenían. De noche concurrimos a la emergencia de la institución médica donde se encontraba, y decidimos realizar una consulta con el psiquiatra, ya que la decisión fue desproporcionada y además queríamos saber si estaba en condiciones de afrontar una recuperación

prolongada, como la que exigiría el reimplante de la mano. Luego de la consulta pertinente, el psiquiatra nos aseguró que el paciente no volvería a atender contra su persona y que colaboraría con su recuperación. Ya era la mañana del domingo día de las elecciones, así que nadie quería dejar de ir a votar. Por lo que nos íbamos turnando durante la cirugía, para que la misma no se detuviera y cada uno a su vez pudiera cumplir con el voto. El resultado lo supimos dentro de la sala de operaciones del Hospital Británico, cuando ya terminada la operación vimos pasar los autos en dirección al centro con las banderas del partido ganador.

Otro caso del cual casi se puede escribir un pequeño cuento, también sucedió en el Hospital Británico. Se trató de un cuidador de animales de un circo que estaba frente al Estadio Centenario. El ayudante del domador estaba totalmente alcoholizado y no tuvo mejor idea que jugar con uno de los leones que estaba en su correspondiente jaula. El juego consistía en enseñarle la comida y luego retirarla metiendo su brazo a través de los barrotes de la jaula. Era evidente que en algún momento el león se enfurecería. Crónica de una muerte anunciada, al decir de García Márquez. En un momento el león que tiene una mordida con una fuerza de 450 kg, lo tomó de la parte alta del brazo y le seccionó el hueso como si fuera una sierra. Para empeorar la situación el león se llevó el brazo arrastrándolo hacia un rincón y además allí lo masticó en numerosas oportunidades. Todo ello hasta que el domador pudo retirar el brazo de la jaula. Una vez que concurrimos al llamado de emergencia, nos enfrentamos al paciente, y al brazo arrancado, miramos su extremo y se veían las grandes arterias y venas que dado su diámetro se podían suturar fácilmente sin necesidad de microscopios. Pero la limitante del reimplante era la suciedad de la pieza, que contenía aserrín y materias fecales del león. Por lo que aquí la no indicación del reimplantarlo, no es por problemas técnicos de sutura de los vasos, sino de los desechos que contenía la pieza a reimplantar. Allí les transmitimos a los acompañantes, que no harían el reimplante en ningún país del mundo, dado que lo querían llevar a Brasil, ya que al suturar las arterias y las venas todos esos desechos ingresarían al cuerpo a través de la circulación sanguínea lo que generaría una gravísima infección, y llevaría rápidamente a la muerte del paciente.

## COLGAJOS MICROQUIRÚRGICOS

Aquí también relatará Irigaray, de los cientos realizados, sólo 2 pacientes, ya que ambos ofrecen una gran lección.

Entre las primeras cirugías que realizaron se trató de una paciente operada por un carcinoma de mama, a la que posteriormente habían procedido a realizar radioterapia. La piel en gran parte se había necrosado, se habían alterado los cartílagos costales subyacentes y portaba una infección crónica en la zona. Un cirujano que había visto las presentaciones del autor, le sugirió que le hiciera una consulta, ya que llevaba meses en la misma situación. Este autor entendió que, haciendo una gran limpieza de todos los tejidos necrosados incluyendo los cartílagos costales, le colocaría allí un gran trozo de piel con músculo para cubrir la gran zona expuesta que remanente. El director técnico de la institución a la que pertenecía la paciente y quien la había operado inicialmente, le llamó diciéndole: “estoy firmando una autorización para que operes a una paciente a la que le vas a colocar un gran colgajo con microcirugía; si se logra mejorar a esta paciente yo me transformo en carmelita descalzo”.

Es de hacer notar que la orden de los Carmelitas Descalzos es una orden religiosa que se originó en España hacia el año 1500, cuyos integrantes viven una vida carente de bienes personales, dedicándose a la mendicidad y van descalzos.

Lo cierto es que con esa presión extra, se integró un equipo que incluía un cirujano de tórax, un cirujano plástico y otro cirujano experto en microcirugía. La cirugía fue un éxito y una vez cicatrizada toda la piel del colgajo que cubría la antigua úlcera, la paciente volvió a estar libre de curaciones y se podía bañar normalmente.

Cuando posteriormente volvió Irigaray a ver al director técnico, que conocía perfectamente el resultado, luego de saludarlo lo miró fijamente al piso, lo que lo llevó a interrogarle el motivo por el cual miraba hacia abajo. A ello le contestó: “que quería saber si cumpliendo lo prometido ya se había transformado en carmelita descalzo, pero veía que todavía **no**, ya que continuaba con los zapatos puestos”.

La segunda paciente, es todo un ejemplo de cómo evoluciona la ciencia. Se trató de una mujer que le consultó por una cicatriz que le

unía el mentón al esternón. Es una de las cicatrices que transforma en muy penosa la situación del paciente. Se produjo esa cicatriz cuando tuvo una quemadura por fuego, y al no realizarse un tratamiento adecuado, las zonas sin piel por la quemadura se fueron uniendo, y se retrajeron con tanta fuerza que el mentón se unió al esternón. Por lo que la paciente quedó con la cabeza doblada hacia abajo, y le era muy difícil mirar al frente. En los casos muy graves, a estos pacientes les puede resultar imposible cerrar la boca, lo que dificulta beber líquidos y comer. Cuando en cirugía reparadora se enfrenta casos tan extremos, se recuerda una frase dicha por Sterling Bunnell, el cirujano de la mano más importante de todos los tiempos, que decía: **“para el que nada tiene, si le damos un poco, para él será mucho”**. Pensando en que si con la reparación logra mejorarse la situación, para ese paciente le reportará mucho beneficio. Esta idea la aplicó siempre el autor, aunque un médico deberá pensar siempre no sólo darle un poco, sino en darle lo máximo que pueda a cada paciente. El plan era en un solo tiempo quirúrgico, separaría el mentón del esternón lentamente, retirar toda la cicatriz para que pudiera poner la cabeza mirando al frente y a su vez elevar el labio para que cerrara la boca. Toda la zona cruenta, que quedara sin piel, sería cubierta por un colgajo, que debería ser relativamente de poco espesor, para que una vez colocado en su sitio no quedara haciendo un bulto hacia abajo cuando la paciente estuviera de pie. Realizada con éxito la cirugía, la paciente que tenía unos bonitos ojos celestes, al fin nos pudo mirar de frente.

En forma tan increíble como inesperada, consultó en el hospital una señora ya mayor, que deseaba retirarse un gran bulto de piel que tenía en el cuello. La paciente había consultado en 1950 en el antiguo Instituto de Radiología con la **misma** alteración que tuvo la paciente recién relatada. El jefe de aquel servicio que como ya vimos fue la cuna de la cirugía plástica, era el Prof. Héctor Ardao, quien no hacía mucho tiempo acababa de llegar de Londres. Allí Gillies le había enseñado la realización del colgajo tubular, para el cierre de grandes defectos de piel. En aquél entonces era el mejor método para trasladar grandes colgajos a distancia. El colgajo caminaba como una oruga, acercando sus extremos, para que una vez que recibiera irrigación por nuevos vasos que surgían espontáneos, lo que demoraba de dos a tres meses, se pudiera al fin cortar uno de los extremos para poder adelantar el otro extremo del tubo. El tiempo quirúrgico en esa paciente fue de 10

meses y se necesitaron 4 cirugías para llegar con el tubo de piel desde el abdomen al cuello. Pensamos que ese tipo de cirugía debió haber sido de las primeras realizadas en Sudamérica. Ese método está hoy totalmente abandonado por el surgimiento de las técnicas microquirúrgicas, pero en aquel momento era la única forma y constituía una gran novedad. En una oportunidad citamos a la policlínica a ambas pacientes para tomarles fotos, por lo que las tuvimos una junto a la otra; dos pacientes que sufrieron la misma patología y que recibieron lo mejor que la ciencia les podía ofrecer en su respectivo momento, pero con 45 años de diferencia. En un caso fueron necesarios 10 meses de espera y 4 tiempos quirúrgicos, mientras que en el otro se necesitó una sola operación de 5 horas de duración.

## **TRANSFERENCIAS DE DEDOS**

Se relatará uno solo de los pacientes operados. Se trató de un joven cuyo oficio era conductor profesional. Consultó porque se había amputado enteramente el dedo pulgar de la mano derecha y de esa forma no podía renovar su libreta de conducir. Ya anteriormente un cirujano muy habilidoso, le había propuesto transferir su dedo índice hacia la posición del pulgar, operación conocida como pulgarización del dedo índice; el paciente se había negado, ya que el problema persistía, al quedarle siempre una mano con cuatro dedos y de esa forma no podría renovar su libreta. Se le propuso por el autor, trasladar el dedo gordo del pie al lugar del dedo pulgar faltante. En una de las consultas se hizo una prueba ficticia, al colocar toda la mano cerca del pie, y apreciar cómo quedaría el dedo gordo en el sitio donde le faltaba el pulgar. La apariencia no era muy mala. Se decidió hacer la cirugía, que fue totalmente exitosa. Se había logrado el objetivo de que volviera a tener una mano con 5 dedos. Una vez terminada la fisioterapia y con muy buena movilidad del dedo trasplantado, se le propuso que diera el examen de conducir sin explicar su operación al inspector. De esa forma nadie se dio cuenta de que no tenía su dedo pulgar verdadero, y renovó la libreta profesional, sin inconvenientes. Posteriormente, durante su casamiento, realizamos una película filmando el momento durante la ceremonia religiosa en la que le da la mano al sacerdote que realizó el oficio. Actualmente trabaja conduciendo un taxímetro.

## **DOBLE TRANSFERENCIA DE DEDOS**

Uno de los pacientes de esta categoría era un niño, que se había amputado los 5 dedos de la mano al tratar de ayudar a su padre con una picadora de carne en una carnicería. En ese caso le plantearon transferir el dedo gordo de un pie a la posición del pulgar y el segundo dedo del otro pie, a la posición del tercer dedo, para poder hacer entre ambos una pinza y tener una mano útil. Se obtuvo éxito, y siempre pensando en la frase de Bunnell, el autor reflexionó que era mejor tener 2 dedos en la mano, que ninguno. Hace poco, casi 25 años después de esa operación, aquel niño, ya todo un hombre, le fue a dar un abrazo a quien le operó, a una institución médica, haciendo realidad la frase que decía el Dr. Guillermo H. Fossati, “El médico siempre seguirá vivo en el corazón de sus pacientes”

## **REVASCULARIZACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR EN NIÑO RECIÉN NACIDO**

Este fue un único caso que el autor considera interesante transmitirlo. Un niño recién nacido tenía importantes problemas de hidratación, por lo que se solicitó la colocación de una vía venosa por parte de un cirujano, a fin de realizar el tratamiento correspondiente. El cirujano que realizó ese intento tuvo la mala fortuna, por el tamaño de los vasos, que terminó ligando la arteria femoral, que es la arteria que lleva toda la sangre al miembro inferior. El jefe del CTI pediátrico contactó al autor, y le impuso de la situación. Una vez llevado a la sala de operaciones y mediante el empleo del microscopio quirúrgico, se pudo retirar la obstrucción que había en la arteria y, realizada la sutura correspondiente, el miembro que estaba totalmente pálido, se recoloró rápidamente. Posteriormente se colocó, en el mismo acto quirúrgico, la vía solicitada en la vena y también rápidamente se comenzaron los tratamientos. Nunca imaginó el autor la repercusión que esta cirugía tuvo en los padres del niño, que poco a poco se fue recuperando. Siempre le contaron al niño que si podía caminar y tener las dos piernas era gracias a la operación que le realizó un cirujano que había venido de Japón. Tal es así que cuando cumplió 18 años le dijo a la madre que lo buscara que le quería conocer. Cuando le conoció le dio

un emocionado abrazo y se tomaron fotos juntos. Otra vez se había cumplido la frase de Guillermo H. Fossati.

## **TRANSFERENCIA LIBRE DE HUESO**

Es una de las aplicaciones que más se ha empleado, sobre todo luego de la visita a Uruguay del Prof. Gilbert, ya que éste había creado una técnica para la obtención de un trozo del peroné manteniendo su vascularización. Por lo que la idea planteada por el Dr. Rafael García Capurro, quien en conjunto con el Dr. Pedro Víctor Pedemonte fueron los primeros cirujanos en el mundo que transfirieron un hueso completo de un cadáver a un ser humano; se había hecho realidad, pero colocando hueso totalmente vivo. En el caso del Dr. García Capurro, se trató del trasplante de un fémur cadavérico; a pesar de ello se arribó a un excelente resultado, y al cabo de un tiempo, el paciente pudo deambular aunque con la ayuda de un bastón. Ese tipo de cirugía no volvió a repetirse, ya que si el hueso no recibe irrigación probablemente se necrosará y se irá reabsorbiendo. Esa idea cambió radicalmente, al transferirse huesos totalmente vascularizados que tenían una sobrevida asegurada. Por ello, la técnica ideada por Gilbert fue aceptada rápidamente por los cirujanos y la transferencia de hueso, se realizó con frecuencia. En Uruguay, siempre formando equipo en conjunto con diferentes traumatólogos, se hicieron transferencias de huesos en pseudoartrosis congénitas de la tibia, y sobre todo en los tumores de los huesos, ya que en ese caso hay que reseca un trozo de hueso que contiene el tumor y allí una buena reparación se consigue aportando un trozo de peroné vascularizado. La técnica de extracción del peroné no deja como secuela ningún trastorno en la marcha del lado donde se tomó el trasplante.

## **TRANSFERENCIA DE UN ASA INTESTINAL PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO**

Esta operación la realizó el autor solamente una vez en el Hospital Pasteur en conjunto con cirujanos de la clínica del Prof. Bolívar Delgado.



## **CIRUGÍA DE LA INFERTILIDAD MASCULINA**

La infertilidad masculina como consecuencia de la ligadura de los conductos deferentes, se ha intentado revertir a través del retiro de la zona obstruida y la re - sutura de los conductos afectados, a fin de permitir el pasaje nuevamente de los fluidos testiculares. Dicha operación fue realizada sólo en dos ocasiones en conjunto con el urólogo Dr. Herrera, con la fortuna que en una de ellas, se obtuvo posteriormente un embarazo.

## **REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL**

Este tipo de cirugía es indicada exclusivamente por los neurocirujanos. En experiencia de este autor, la realizó en conjunto con el Prof. Jorge Rodríguez Juanotena. En ella se trató de revascularizar el cerebro, mediante la unión de la arteria principal que irriga el cerebro, la arteria silviana, a una arteria extracraneana que tenga buen flujo.

## **CIRUGÍA DE LOS VASOS LINFÁTICOS**

Por el momento, la cirugía de los vasos linfáticos ha tenido resultados diversos, aunque hay experiencias donde la cirugía ha tenido resultados alentadores. Lograr buenos resultados en este tipo de cirugía daría solución a diversas patologías que son invalidantes para los pacientes, como son los edemas linfáticos crónicos o los edemas que resultan de la extracción de los ganglios linfáticos ya sea de las axilas o de la ingle, por ejemplo, en una cirugía oncológica.

## **MICROCIRUGÍA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS**

Este gran capítulo de la microcirugía tuvo un gran cambio a partir de los años 80, ya que se demostró que era preferible colocar un injerto de nervio, en lugar de realizar una sutura demasiado tensa, cuando ambos extremos del nervio no se aproximan fácilmente. Antes de los años ochenta, y cuando se suturaban los nervios sin magnificación, solían escucharse anécdotas del Dr. Guillermo H. Fossati, que frente a la ausencia de hilos suficientemente pequeños, procedía a suturar los

nervios utilizando lentes para mejorar la visión así como el empleo de cabello humano en lugar de hilos.

Cuando se comenzó a utilizar el microscopio quirúrgico, los instrumentos adecuados y los hilos adecuados, los resultados mejoraron notablemente. Ante una lesión de un nervio periférico, es preferible diferir la reparación, para que la realice un cirujano entrenado, en lugar de llevarla a cabo en forma incorrecta. Se debe pensar que, si estamos frente a un nervio motor, del buen resultado de la sutura dependerá la movilidad que tendrá el paciente en el futuro. Por otra parte, la colocación de numerosos injertos que corren cercanos entre sí, o injertos en cable, ha permitido las reparaciones de los grandes troncos nerviosos que son los que dan la movilidad a grandes zonas del cuerpo como los brazos o las piernas. De allí que este tipo de cirugía haya tomado gran jerarquía.

La mayoría de las intervenciones quirúrgicas aquí comentadas han sido realizadas por los Dres. A. Irigaray, E Fossati y R. Ortiz, como cirujanos especializados en microcirugía y los Dres. Aldo Roncaglio, Álvaro Barreiro, Miguel Machín, Néstor Asurey, Marta Calcagno y Carlos Breitfeld, como cirujanos reparadores.

## **MICROCIRUGÍA EN CLÍNICA JURI**

La clínica del Prof. José Juri en Buenos Aires, era la más famosa en América del Sur junto con la clínica del Prof. Ivo Pitanguy de Río de Janeiro, dentro de las denominadas clínicas de cirugía estética. Sin embargo el Dr. Juri se había interiorizado en las técnicas de microcirugía y había concurrido a Japón a conocer al Dr. Kitaro Ohmori. Por eso no dudó en emplear esta técnica para el tratamiento de la calvicie masculina. Él ya había ideado un gran colgajo de cuero cabelludo, que lo rotaba hacia la frente; pero con el advenimiento de la microcirugía, rápidamente la empleó en el tratamiento de la calvicie. Ideó una cinta de cuero cabelludo que iba desde la parte alta de la oreja hasta casi la región de la nuca con unos 18 cm de largo por unos 2,5 cm de ancho. Esa cinta contenía en su interior una arteria y una vena que le brindaban la irrigación. Removida de su lugar se extendía por la parte anterior del cuero cabelludo en el sitio que se une a la frente. Los extremos arteriales y venosos se unían a los vasos temporales que van delante de

la oreja. Mientras que la zona dadora de donde se extraía el colgajo, se cerraba en forma directa. Si bien el Dr. Kitaro Ohmori vino algunas veces a Buenos Aires, a ofrecer conferencias, realizar algunas operaciones y a comer grandes trozos de lomo a las brasas; posteriormente el Dr. Juri le solicitó a Alberto Irigaray, que fuera quien lo acompañara en las operaciones y realizara las suturas microquirúrgicas. En Buenos Aires todavía no había cirujanos entrenados en esta técnica. Juntos, realizaron múltiples operaciones de este tipo. Además, la clínica Juri era muy famosa en toda Argentina; de allí que le enviaran todo tipo de pacientes de cirugía plástica, por lo cual en los casos de cirugía reparadora complejos, le trasladaba el paciente para que sugiriera el tratamiento.

El autor relatará dos casos muy especiales que nunca tuvo ocasión de ver en Montevideo, por lo que debe tenerse en cuenta que la población de Argentina es más de 10 veces mayor que la de **Uruguay**.

Uno de los pacientes, era una niña que se acercó distraídamente a una máquina transportadora de granos, la que en un momento de distracción le toma el pelo largo que tenía, con una tracción tan violenta que le produjo un arrancamiento del cuero cabelludo, dejando el cráneo expuesto. Mientras la niña viajaba hacia Buenos Aires, Irigaray hacía lo mismo desde Montevideo. Al examinarla observó que se trataba de un arrancamiento que incluía desde la parte posterior una línea horizontal que recorría toda la nuca, del lado derecho integraba toda la oreja; por delante, tomaba toda la frente con la ceja derecha, mientras que del lado izquierdo dejaba la oreja en su lugar. Como la parte arrancada venía correctamente refrigerada, decidió realizar el reimplante. Al cabo de varias horas pudo suturar 2 arterias y 2 venas. Todo marchó bien y conserva el autor en su poder fotos de la niña del día de la operación cuando tenía 10 años y fotos de la niña cuando cumplió 15 años. En ese momento, lucía una cabellera muy larga y presentaba cicatrices poco visibles. Siempre pensó a qué clase de vida se hubiera enfrentado esa niña, totalmente calva, sin una oreja, sin una ceja, y sin la piel de la frente. La microcirugía vascular reparadora tenía para ella, como para muchos más, una vigencia superlativa.

El otro caso fue menos dramático pero técnicamente más complejo. El paciente había sufrido un accidente de tránsito y un vidrio le amputó totalmente la oreja derecha. El paciente, relativamente joven, solicitaba intentar un reimplante. El mismo fue muy laborioso ya que las

arterias y venas tienen un diámetro menor de 1 mm, y debió utilizarse un hilo de un diámetro menor a los utilizados corrientemente. Se alcanzó el éxito, en este caso, y el reimplante total de oreja se transformó en uno de los primeros en realizarse a nivel mundial. Fue publicado en revistas internacionales y aparece también en uno de los libros más importantes sobre cirugía de las orejas del Prof. Jack Davis.

## **PERSPECTIVAS Y FUTURO**

En 1998 se realizó el primer trasplante mundial de una mano de un cadáver a un ser humano. En 2008, Connie Culp, fue la primera persona en recibir un trasplante de cara en EUA. Había sufrido una herida por arma de fuego en la cara, a la que le renovaron el 80 % de la misma, al colocarle la cara de una persona fallecida. Connie vivió hasta el año 2020, ya que falleció por infección generalizada. Según un reporte de enero 2021, hay menos de 50 cirugías de este tipo en el mundo. En enero de 2021 se acaba de publicar el primer trasplante doble de brazos.

Durante un congreso realizado en Barcelona, el autor tuvo oportunidad de cambiar ideas con el Dr. Pedro Cavadas, en ese momento muy famoso, al que esperaban a la salida del congreso varios canales de televisión para entrevistarlo. En aquel momento había realizado el primer trasplante de cara en España, y uno de los primeros en el mundo.

Cuando se realiza un trasplante de mano, de cara, u otra parte del cuerpo de una persona fallecida a un ser humano, para los cirujanos que están entrenados en microcirugía ese tipo de cirugía desde el punto de vista técnico, no es muy complejo. Las arterias y nervios a suturar son de diámetros mayores a los de un dedo. El Dr. Cavadas, le relató al autor, que una vez realizada su cirugía recibió mensajes de pacientes del mundo entero que le solicitaban trasplantes, ya que sus caras tenían desfiguraciones por heridas traumáticas, heridas de armas de fuego, remoción de tumores etc., lo que los llevaba a tener una vida social totalmente nula.

Por ello se deduce que en el mundo hay muchas personas que estarían dispuestas a realizarse este tipo de operaciones. Entonces surge una pregunta: si la operación técnicamente no es compleja y hay muchos

pacientes en espera, ¿por qué no se realiza en mayor número este tipo de cirugía? Es que aquí la complejidad no está en la técnica quirúrgica, sino en el rechazo inmunitario. Mientras que los riñones, corazón, pulmones e hígado están compuestos casi en exclusividad por un solo tipo de tejido, las manos o las caras están conformadas por múltiples tipos de tejidos: músculos, tejido adiposo, tendones, arterias, venas, nervios y sobre todo, gran volumen de piel que los hace muy proclives a ser rechazados por la persona receptora. Aquí considera conveniente el autor, recordar que, en una ocasión, al colocar piel de cadáver sobre un área cruenta, cirugía que se realiza corrientemente, en **una única** ocasión la piel colocada **no** fue rechazada y el paciente quedó con esa piel que habíase solicitado al **Banco de Órganos y Tejidos (BNOT, actual Instituto Nacional de trasplante de células, tejidos y órganos, INDT)**. Por ello deduce este autor, que podría encontrarse alguna clasificación de los tipos de piel que fueran compatibles entre ciertas personas, al igual que ocurre con los grupos sanguíneos. Ese camino está por explorarse. Por lo anteriormente expuesto, el grupo de médicos especializados en inmunidad, se transforma en el más importante para llevar a cabo estos trasplantes. Debe recordarse que si mediante medicamentos es posible bajar mucho la inmunidad para evitar el rechazo, ese estado hace al paciente más proclive a tener infecciones, ya que su sistema inmunitario no reaccionará frente a los microbios o virus.

Si bien el empleo de la microcirugía reparadora significó un gran avance para la cirugía plástica, demostrado en todas las cirugías que fueron relatadas en este capítulo, nuevos caminos se comenzaron a explorar: la posibilidad de pre fabricar tejidos, como ya se hace con la piel; es posible pensar que se podrá hacer lo mismo con el resto de tejidos y órganos. Otras líneas de investigación se llevan a cabo para la creación, en animales, de tejidos compatibles con los seres humanos.

El avance es constante e imparable; en los próximos años todas estas preguntas podrán ser respondidas, y a su vez surgirán otras nuevas.

\* \* \*

## ¿QUÉ ES LA INMUNIDAD?

MAGDALENA IRIGARAY BUSTOS

La inmunidad reside en defender al cuerpo humano frente a invasores desconocidos.

El sistema inmune está dividido en dos grandes grupos: el sistema inmune innato, y el adaptativo.

El primero consta de un sistema de defensas, presente desde el momento de nacer, y tiene como fin proteger contra todos los patógenos. El sistema reconoce señales de peligro que traen los microorganismos y genera respuestas rápidas y eficaces, que eliminan a más del 90 % de los agentes invasores. Como ejemplo puede citarse que el reflejo de la tos forma parte de este sistema innato. Por ello podría decirse que este sistema forma la primera línea de la defensa inmunitaria.

En cuanto al sistema inmune adaptativo, gira en torno a las células sanguíneas llamadas linfocitos, que son muy específicos y eficientes. En inmunología se dice que el linfocito es sorprendente, ya que tiene la capacidad de “educarse” desde muy temprano, en lo que irónicamente le llaman la “universidad inmunológica”, se dice de esta forma al referirse al timo, un órgano que trae el niño desde su nacimiento, aunque posteriormente con el crecimiento se atrofia. Lo más importante de este aprendizaje es que no debería ocurrir que los linfocitos no reconozcan a las propias células del organismo, ya que si ello sucediera el linfocito atacaría, puesto que no lo reconocería como propio, generando las enfermedades autoinmunes.

Es esencial destacar el poder que tienen estas células para generar memoria inmunológica. Con esto quiere destacarse que si en algún momento la persona vuelve a padecer una enfermedad que anteriormente ya se tuvo, el linfocito recuerda rápidamente al patógeno y genera una reacción más rápida y específica.

Gracias a los dos grupos que forman el sistema inmune es que, al complementarse, pueden combatir a los patógenos o células extrañas al propio cuerpo.

Es interesante destacar cómo actúa el sistema inmune frente a una vacuna. Según la OMS, una vacuna la define como “cualquier prepa-

ración destinada a generar inmunidad contra una enfermedad, estimulando la producción de anticuerpos”, lo que equivale a decir, estimulando al sistema inmune. Gracias a este método se pueden prevenir futuras infecciones.

Como se dijo, el sistema inmune juega un papel fundamental en el rechazo que se produce en los trasplantes de órganos, a los que reconoce como extraños al propio organismo.





## Capítulo 10

# CIRUGÍA CRÁNEO FACIAL EN URUGUAY

JORGE DE VECCHI GUTIÉRREZ

Esta cirugía se define, como su nombre lo indica, por el área anatómica en que actúa.

Fue iniciada por el Prof. Paul Tessier (1917 – 2008), cirujano francés, quien fue el primero en derribar el tabú de exponer cráneo y cavidades faciales (como nariz, boca, senos), simultáneamente, junto con un neurocirujano Gerard Guiot. Antes de él se sostenía que de abrirse meninges y fosas nasales en el mismo campo operatorio resultaría en infecciones graves afectando meninges y cerebro.

Se probó que era posible también movilizar las órbitas junto con el globo ocular en todos los planos del espacio sin afectar la vi-



Paul Tessier

sión ni los movimientos oculares. Finalmente, también demostró que grandes fragmentos óseos craneales y faciales pueden ser desprendidos y trasladados sin afectar su supervivencia.

Paul Tessier demostró que estos procedimientos **son legítimos** para corregir las funciones orales, visuales, morfológicas y psicológicas; **son justificados** porque no hay otro tratamiento efectivo; son **lógicos** por atacar la deformación en su origen y **son posibles**, como lo demuestra la experiencia.

Este abordaje simultáneo era necesario para tratar las graves malformaciones que involucran la base de cráneo como el síndrome de Apert y el de Crouzon entre otros. Se abordan las órbitas a través del cráneo, siendo éste el concepto fundamental de la cirugía.

Son procedimientos de larga duración, de 6 a 12 horas, con una importante agresión quirúrgica y sangrado, que se realizan mayormente en niños pequeños, por lo que requieren la integración de un equipo preparado en todos los aspectos del acto quirúrgico, el pre y el postoperatorio, so pena de graves complicaciones.

Cuenta Tessier que luego de varias operaciones hechas en París en equipo con neurocirujano, vio un excelente resultado, pero era consciente de los serios riesgos que implicaban al tratar estas malformaciones, que si bien afectan la calidad de vida, no comprometen su sobrevivencia. Con esta duda decidió conformar una especie de jurado de pares en varias reuniones a fines de los 60 y principios de los 70, con Mustarde, Hogeman, Schuchardt, Rogers, y otros. Converse no pudo atender a las primeras reuniones. El consenso fue abrumadoramente favorable.

En nuestro país se operó el primer paciente en junio de 1983 en el Hospital de Clínicas. Llevó un largo periodo de preparación y entrenamiento.

La idea empezó a gestarse a través del Prof. Oscar Mallo, jefe de servicio de cirugía plástica infantil del Hospital de Niños de la ciudad de Buenos Aires. Él fue uno de los pioneros en Sudamérica y tuvo un inicio difícil, con complicaciones que nos hacían tener a nosotros el doble de cuidado.

El primer paso fue la preparación en el extranjero, el Dr. Raúl Villagrán estuvo con el Dr. J. Converse en Nueva York y nosotros con Paul

Tessier en París, además de leer todo lo que caía en nuestras manos sobre el tema. Era claro que debíamos equiparnos con instrumental adecuado y con un equipo de profesionales de la salud en muchas áreas para minimizar los riesgos.

También deberíamos tener la colaboración de neurocirugía, que fueron al inicio poco entusiastas por las complicaciones eventuales mencionadas. Tuvimos la fortuna de contar con el Prof. Pedro Benedek y la Dra. Allys Negrotto en la cátedra de neurocirugía que apoyaron el proyecto con entusiasmo.

El profesor de cirugía plástica era Jorge De Vecchi Larralde y con él se inició la preparación técnica y el equipamiento adquiriéndose una sierra Stryker oscilante y reciprocante. Tuvimos varias reuniones con el Prof. Mallo quien nos guió y aconsejó en nuestra preparación, aportando toda su experiencia.

El Prof. De Vecchi es sucedido en la dirección de la Catedra por el Prof. Hornblas quien también apoya totalmente el proyecto y cuenta con el respaldo del Dr. Enrique Boix, en ese entonces Director del Hospital de Clínicas.

Se forma un equipo multidisciplinario que se reunía todos los miércoles en la Cátedra a evaluar pacientes y planificar las cirugías.

Este equipo estaba integrado por los Dres Jorge De Vecchi (h) Raúl Villagrán, y Hyalmar Seoane (cirugía plástica), Pedro Benedek, Allys Negrotto y Pablo García Podestá en neurocirugía, Ana Montaldo en anestesia, la Dra. Norma Mazza en terapia intensiva, odontología Dr. Joaquín Arcieri, Psicología Lic. Jorge Caprario y Rosario Marquine, Antropología Lic. Mónica Sans, Hematología Dr. José Ernesto Novoa y Hemoterapia el Dr. Jorge Decaro, el Dr. Juan Carlos Suárez, Dr. Enrique Meerhoff y Lic. Iris Larrosa en Oftalmología, Otorrinolaringología Dr. Hamlet Suárez, el Dr. José Luis Díaz Rosello en Pediatría, Servicio Social Asist. Social María Marta Garazza y Sino Andre, la Sra. Juana Petit, fotógrafa, documentaba y llevaba el archivo fotográfico.

Se tuvo el apoyo del Prof. Ortiz Monasterio de México, quien nos recibió en el Hospital Gea González donde pudimos compartir la experiencia de ese centro. Su servicio recibió después a otros integrantes del equipo que así aumentaron su experiencia, financiado con la ayuda

de una Comisión de Apoyo donde fue fundamental el apoyo de la Sra. Alma de Arbilla y del Sr. Alberto Perciavale.

El primer paciente se operó en el Hospital de Clínicas en 1983. Se prepararon dos salas vecinas con transmisión por circuito cerrado de televisión a la sala vecina para disminuir el número de personas en sala y a la vez permitir que fuera visto el procedimiento por todos los docentes y alumnos de la cátedra. Se previó una duración de toda la mañana y la tarde. Desde luego que la recuperación post anestésica fue en terapia intensiva y se armó una recuperación para menores (que no existía en el Hospital), dado que atiende normalmente solo adultos. Otro tema a prever fue la existencia de suficiente sangre para transfusiones, dado que se pierden dos a tres volemias durante la operación.

Se cumplió fielmente el plan y todo evolucionó bien, sin problemas mayores.

Con él empezó un proceso que luego siguió en el Hospital de Clínicas y después se hizo un acuerdo con BPS con el servicio de Malformaciones Congénitas que deriva todos los casos al equipo, atendiendo y operando en el sanatorio de la Médica Uruguaya (MUCAM).

Hoy, casi 40 años después, se cuenta con una experiencia importante dado que ahí se tratan la mayoría de las malformaciones de niños que nacen en el país. Es el único equipo multidisciplinario que existe en Uruguay.

Los equipos han cambiado sus integrantes como es de esperar después de tantos años, siendo hoy el Prof. Héctor Juri el cirujano plástico, manteniéndose la preparación y dedicación que la complejidad de las técnicas requiere.

## **MICROCIRUGÍA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

Esta historia empieza cuando este autor estaba a punto de recibirse de médico, ya totalmente volcado hacia la cirugía plástica, trabajando desde hacía varios años ayudando operaciones.

Empiezan entonces a aparecer en las publicaciones de la especialidad artículos sobre la cirugía microvascular, que trabaja en vasos de 0.5 a 2 mm. Esto empieza casi simultáneamente en varios lados, en

Estados Unidos en San Francisco, California, con Harry J. Buncke (1922 – 2008), quien fue luego el maestro de este autor, en Japón, con S. Tamai y, en Australia, donde se hizo el primer caso clínico de trasplante de tejidos.

El tema le interesa y mucho a este autor. Apenas recibido de médico llega la noticia de un curso que dará el Dr. Buncke en Porto Alegre. Se inscribió y fue, encontrándose allí con Alberto Irigaray y Raúl Villagrán, con quien luego compartiría la aventura de la cirugía cráneo facial y que desgraciadamente nos abandonara muy prematuramente.



Harry J. Buncke

Asisto a curso, que es muy bueno, y ahí me entero de los Cursos de enseñanza la técnica microvascular que estaba dando el Laboratorio de Microcirugía del Ralph K. Davies Medical Center en San Francisco, California.

Me inscribo y hago el mismo en febrero del 1977. El curso consiste en adquirir experiencia con la técnica de microsutura vascular de arterias y venas de ratas. Trabajamos desde las 8 de la mañana hasta las 5 o 6 de la tarde. Pedí y me autorizaron a asistir también los fines de semana, me daban la llave y me pasaba el día suturando femorales de ratas.

Durante ese período asistíamos a las operaciones clínicas que se hacían en el Hospital, aunque solo como observadores.

Al regreso a Uruguay era clara la necesidad de montar un laboratorio para mantener la técnica aprendida, para enseñar a otros cirujanos y poder formar un equipo.

Tuvimos el apoyo de la Facultad de Medicina que a nuestra solicitud y con los fines expuestos creara un cargo honorario para enseñar

la técnica. Siendo yo el único en ese momento entrenado para hacer suturas microvasculares en el país, fui designado en el cargo.

Se montó un laboratorio con un microscopio comprado por mi padre y con el instrumental que yo había comprado en San Francisco, pinzas, tijeras, porta agujas, lupa binocular, etc. El laboratorio Johnson y Johnson nos proveía de suturas para experimentación, no estériles. El entrenamiento lo iniciábamos en vasos de cadáver, para lo cual traíamos meninges de la cátedra de anatomía. Y luego se pasaba a femorales y carótidas de rata.

Se prepararon así el Dr. Christopher Freundlich y el Dr. Hyalmar Seoane. El Dr. Freundlich además hizo una estadía en San Pablo, Brasil donde también se estaba cursando esta etapa de la subespecialidad.

Ese año se empezó también con casos clínicos. El primero fue un paciente con un epiteloma espinocelular de mejilla que fue resuelto con un colgajo inguinal. Fue la primera operación exitosa de trasplante microvascular de tejidos en nuestro país.

También se incorporó la técnica microquirúrgica a la cirugía de nervio periférico y nervio facial, con buenos resultados tanto en las suturas como en los injertos de nervio. Esa técnica básica también puede practicarse en la rata. El Dr. Ohmori de Japón reflexionaba acertadamente que es más difícil esta cirugía que la vascular, dado que en cirugía vascular uno ve los errores de inmediato, cuando el vaso se ocluye. En el nervio, al contrario, el resultado malo recién se ve meses después, cuando no se obtiene la reinervación esperada .

La tercera área en que se incorporó la microcirugía fue en la cirugía de los linfáticos, más difícil aun por su escaso espesor y grosor de las paredes, donde los resultados no fueron buenos en esa primera etapa. Hoy esta cirugía tiene buenos resultados con técnicas diferentes a las planeadas entonces. Igual se habla de buenos resultados cuando son solo en un 50% de los casos

Del punto de vista docente se instituyó que todos los postgrados de cirugía plástica debían aprender a suturar arterias de rata y rotaban entonces por el laboratorio una semana. Esta rotación tenía varios objetivos: por un lado, se presentaba la técnica, para que aquellos a quienes les interesara pudieran luego profundizar en su aprendizaje. Pero

por otro lado, entendíamos que la delicadeza de manejo de tejidos e instrumental asociada a la cirugía bajo microscopio quirúrgico es una buena base docente en la técnica quirúrgica general de la especialidad.

Cuando se hace cargo de la cátedra el Prof. Hornblas amplía su apoyo también a esta área, ocupándose un lugar amplio en el área docente del piso 13, con otro microscopio docente, nuevo instrumental, etc.

Se siguió operando todos los casos que requerían de la técnica y se incorporaron además otras especialidades. Se trabajó junto con neurocirugía con el Prof. Pedro Benedek en revascularización encefálica, cirugía general (reconstrucción de esófago), cirugía pediátrica, cirugía ginecológica de la esterilidad, etc.





## Capítulo 11

# CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA (INOT)

ALBERTO IRIGARAY

### PRIMERA ETAPA

Esta etapa inicial se desarrolló desde 1935 hasta 1941, fecha del traslado e inauguración del Edificio construido sobre la calle Las Heras y Av. Italia.

En 1925 el Dr. Eduardo Blanco Acevedo, que era Profesor de Clínica quirúrgica había realizado un planteo a las Autoridades del MSP, acerca de la necesidad de crear un Instituto de Traumatología y Ortopedia.

A mediados de los años 30, los Dres. José Luis Bado y Domingo Vázquez Rolfi, realizaron un viaje a Bolonia, para hacer una pasantía en uno de los centros de traumatología más afamados de aquel momento.

Al regreso en 1935, ambos cirujanos ya especializados en Traumatología concurren al Servicio de Cirugía del Dr. Blanco Acevedo quien, fiel al pensamiento que ya había expresado 10 años antes, cedió una sala de su Servicio de Posgraduados del Hospital Pasteur para que Bado y Vázquez Rolfi comenzaran a **desarrollar su especialidad.**

En esa sala denominada con el No. 11 es donde el Dr. Blanco Acevedo hizo colocar un cartel donde se leía : “Clínica Quirúrgica del Prof. Blanco Acevedo, Servicio de Traumatología, Jefe Dr. José L. Bado”. Históricamente se considera a este Servicio como el primero de la especialidad en el Uruguay.

Posteriormente ya en 1940, a los dos traumatólogos antedichos se les unieron otros tres Especialistas que se nombraban en forma Interina, ellos fueron los Dres. Ricardo Caritat Larrar, Pedro Víctor Pedemonte y Hebert Cagnoli, ya en ese momento se planeaba construir un Instituto de Traumatología y se necesitaba contar con cirujanos especializados en Traumatología.

La Sala 11 se utilizaba con varios propósitos y evidentemente el espacio era reducido para las actividades que allí se desempeñaban, ya que se utilizaba como sala de internación de pacientes, policlínica de curaciones, policlínica de consulta externa y archivo médico radiológico.

Por un convenio que se había realizado entre el Ministerio de Salud Pública y El Banco de Seguros del Estado (BSE), en ese Servicio se les brindaba asistencia traumatológica a los pacientes dependientes del BSE.

En 1938 no existía aún en Uruguay un Servicio de Cirugía Plástica Reparadora, lo que recién sucedería en 1946. Sin embargo determinados cirujanos generales o traumatólogos llevaban a cabo técnicas propias de la nueva especialidad. En este Servicio de Traumatología fue el Dr. Pedro Víctor Pedemonte al que se recurría para realizar las técnicas de injertos de piel, o cierres de heridas; es por ello que Pedemonte comenzó a interiorizarse en las técnicas de cirugía plástica reparadora. Ese interés se incrementó cuando el gran maestro argentino de cirugía plástica Oscar Ivanissevich llegó al servicio de Blanco Acevedo. Ambos eran muy amigos y el cirujano argentino ofrecía conferencias y hacía demostraciones quirúrgicas tanto en el Hospital Pasteur como en el Maciel.

Por lo expuesto, podemos decir que el Prof. Ivanissevich fue uno de los primeros docentes de cirugía plástica del Uruguay. Su presencia fue muy importante para Pedemonte, ya que al trabar amistad con el docente le pudo transmitir su interés por esta especialidad y le solicitó realizar pasantías por su Servicio de Buenos Aires. Allí concurrió en varias oportunidades con el fin de perfeccionarse en cirugía plástica. En

una de sus últimas pasantías, en 1940, Pedemonte regresó con amplios conocimientos tanto en cirugía reparadora como en cirugía estética.

Por ese entonces, Pedemonte ejercía dos especialidades simultáneamente, era traumatólogo con conocimientos suficientes como para obtener un cargo en el Servicio de Bado, y a su vez se transformó en uno de los primeros cirujanos plásticos que tenía muy buenos conocimientos en cirugía estética. Fue ese aprendizaje obtenido en Buenos Aires por el que comenzó a realizar en forma frecuente operaciones de rinoplastia y aurículoplastias estéticas.

Sin embargo su interés no se reducía a la cirugía estética sino que se interesó en todas las ramas de la cirugía reparadora; fruto de ese entusiasmo es que escribió su libro bajo el nombre de: “Cirugía de la mano”.

En 1946 viajó a los Estados Unidos, donde conoció a Steindler y sobre todo a Sterling Bunnell en San Francisco, quien en ese momento era el cirujano de mano más famoso del mundo y como dijimos, en el capítulo sobre la cirugía de la mano, su libro era de consulta permanente.

Pensamos que al conocer a maestros de talla mundial, debe haber influido mucho en la carrera profesional de Pedemonte, quien a su regreso se dedicó casi exclusivamente a la cirugía plástica, ya que asumió la jefatura de la policlínica de la especialidad en el Instituto de Traumatología, mientras que en el Banco de Seguros del Estado, donde tenía un cargo en el Servicio de Traumatología, solicitó pasar al Servicio de Cirugía Reparadora que dirigía el Prof. Héctor Ardao.

Dado, como se dijo, que las policlínicas de la Sala 11 del Hospital Pasteur eran pequeñas y precarias y con el fin de brindar mayor comodidad a sus pacientes, el Directorio del Banco de Seguros del Estado decidió adquirir un predio ubicado en las calle Las Heras esquina Avenida Italia. Se trataba del predio conocido como la quinta de Cibils. Allí se había planificado construir un nuevo edificio el que se dedicaría exclusivamente como Instituto de Traumatología y Ortopedia. Por ello en ese lugar y con frente a Avenida Italia, el Banco de Seguros había colocado un cartel en el que se leía **“Instituto de Recuperación Funcional»**.

Se comenzó la construcción del nuevo edificio que en parte había sido diseñado por el Dr. Bado, en base a lo visto en Bolonia. El archi-

tecto designado fue Carlos Surraco , el mismo que había proyectado los edificios vecinos que eran el Hospital de Clínicas y el Instituto de Higiene, pensando dar una unidad de estilos, uniendo los tres en una unidad paisajística.

A pesar del estado avanzado de las obras, al haber un cambio en el Directorio del Banco de Seguros, el presidente del mismo el Dr. Juan José de Amézaga, quien más tarde, en los años 1943 a 1947 llegaría a la Presidencia de la República, tomó la decisión de abandonar la construcción del nuevo edificio, aduciendo problemas económicos, y las obras quedaron paralizadas

Esa decisión dejó perplejo al grupo de traumatólogos que estaban ejerciendo la especialidad en el Hospital Pasteur y pensaba trasladarse al nuevo edificio en poco tiempo. Luego del golpe inicial, decidieron buscar la manera de continuar con las obras. La primera búsqueda fue encontrar una solución en el ámbito privado, idea que se desechó rápidamente ya que el terreno era de propiedad fiscal.

Posteriormente se intentó de interesar al MSP, por lo que le fueron a presentar la idea al Ministro Prof. Dr. Juan César Mussio Fournier. Éste la aceptó de buen grado y les dijo que hablaría con el Presidente de la República Gral. Arq. Alfredo Baldomir.

Luego que las Autoridades estuvieron de acuerdo en hacerse cargo para continuar las obras, también se logró obtener un acuerdo con el BSE, propietario del terreno; de esa forma el MSP cedería varios predios, que había obtenido a través de diversos testamentos y , a favor del BSE, a cambio recibiría la cesión del terreno. Una vez confirmadas las cesiones, el MSP cambió el cartel y la obra pasó a denominarse: **“Instituto de Traumatología”**.

En 1939 el Parlamento votó los fondos necesarios para la continuación de las obras, pero a continuación se votó una Ley poco conocida y que es muy interesante. La misma decía que los Institutos Especializados a crearse por Salud Pública debían tener además de un carácter asistencial, también habría que proveerlas de un carácter docente. Esta decisión tomada por el Parlamento en el año 1939, no es muy conocida, ya que cuando se construyó el nuevo Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur en 1971, aun siendo un Servicio Especializado no se le adjudicó el carácter de docente en forma inmediata, como decía

el espíritu parlamentario de 1939, sino que se tuvieron que hacer gestiones ante la Escuela de Graduados, la que demoró su tiempo antes de enviar estudiantes a ese servicio, desperdiciando por un tiempo la capacidad que se tenía para enseñar a nuevos cirujanos. Lo mismo sucedió con la Ley de Residencias Médicas ya que hubo un desfasaje de años, desde que se aprobó la Ley hasta que enviaran residentes al Hospital Pasteur, desperdiciando nuevamente la capacidad que tenía dicho Servicio, para que nuevos especialistas se pudieran graduar.

## **SEGUNDA ETAPA**

El nuevo Instituto se inauguró en junio de 1941 con la presencia del Presidente de la República, el Ministro de Salud Pública y numerosos colegas nacionales y extranjeros, sobre todo venidos de la República Argentina.

Se designó al Dr. Bado como Jefe del Instituto, que se trasladó desde el Hospital Pasteur a ese edificio con todos sus colaboradores, muchos de los cuales trabajaban en forma honoraria hasta irlos regularizando lentamente. También un importante número de especialistas se ofrecieron como consultantes de cada especialidad los que no recibían remuneración alguna. Entre ellos figuraban médicos internistas, cirujanos, urólogos, psiquiatras, neurólogos, oftalmólogos, ORL, y por supuesto numerosos radiólogos.

Desde 1936, como dijimos, la cirugía plástica la ejercía el Dr. Pedro Víctor Pedemonte, cuando aún dicho servicio estaba en el Hospital Pasteur y desde allí en adelante siempre estuvo presente la especialidad en las actividades del Instituto, ya sea con policlínica externa así como días fijos en sala de operaciones. Una vez instalados en el nuevo edificio se unió el Dr. Jorge De Vecchi, quien llegó a decir que se sentía alumno del Dr. Pedemonte.

De Vecchi había realizado una pasantía por el Instituto cuando era Practicante Interno, momento en el que conoció al Dr. Pedemonte. Posteriormente realizó pasantías por otros Servicios desempeñando el cargo de Interno, pero una vez finalizado dicho cargo optó por volver al Instituto y comenzó a actuar en forma honoraria junto a Pedemonte. De Vecchi además concurría desde 1946 en forma simultánea al

Servicio de Radiología, hoy INCA, donde actuaba junto a los Dres. Héctor Ardao y Enrique Apolo, quienes eran los cirujanos referentes de ese servicio.

En forma inesperada falleció en 1958 el Dr. Pedemonte, por lo que la actividad en el Instituto quedó momentáneamente acéfala. Para que la Policlínica de cirugía plástica continuara brindando asistencia se decidió que fuera a través de los Dres. De Vecchi y Germán Möller que se había integrado también a las tareas de cirugía Plástica del Instituto. Al poco tiempo el Dr. De Vecchi obtuvo, mediante concursos, cargos en otras Instituciones Estatales y de esa forma quien quedó al frente de la cirugía plástica en Traumatología fue el Dr. G. Möller, en forma honoraria al comienzo para posteriormente haber obtenido el cargo como cirujano plástico del Instituto, reconocido por el MSP. Aunque nunca dictó cursos oficiales de la especialidad que fueran reconocidos por la Escuela de Graduados. **Allí el Dr. Möller creó su escuela de cirugía plástica.**

Con el tiempo ya por los años 70 se le fue uniendo un grupo de cirujanos que le brindaban apoyo pero a su vez consolidaron sus conocimientos con las tareas que Möller desplegaba. Así comenzaron sus tareas los Dres. Líber Mandressi, Ana Puig, Juan Andrés Castiglioni; aunque a este último lo designaron en un cargo rentado, renunció rápidamente al mismo por incompatibilidad con otras tareas que desempeñaba, continuando honorariamente junto al Dr. Möller.

La parte asistencial se brindaba a través de una policlínica externa semanal de los días miércoles, y un día fijo de operaciones que se realizaba los días lunes.

En los años 80 también se unen a ese grupo, los Dres, Juan Vanerio, López Garbarino, Harry Giuria, Marisabel Ramírez, Gonzalo Bosch y Augusto Villar. A su regreso de Cuba también comenzó a concurrir el Dr. Kertesz.

Todos estos cirujanos ya nombrados se sienten alumnos del Dr. Möller y al referirse a su figura lo llaman su maestro con admiración y afecto.

Una vez que Möller deja el Instituto, el Dr. Juan Vanerio es designando como Jefe del Servicio. Alguno de los nombrados anteriormen-

te por diferentes motivos dejan de concurrir, pero nuevos cirujanos se unen al grupo tales como los Dres. Rafael Graciano, Eduardo Echegoyen, y Olga Bodonov.

A su vez con el retiro del Dr. Vanerio, la Jefatura la comienza a ejercer el Dr. Graciano, incorporándose más adelante la Dra. Ana Gómez Haedo.

Más recientemente el Instituto de Traumatología y Ortopedia se transformó en INOT, “Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología Prof. Dr. José Luis Bado” trasladándose a su nueva ubicación en el ex Edificio Libertad, donde comenzó a funcionar el 9 de diciembre de 2015. De esta forma se inició una **tercera** etapa de esta historia.

### **PEDRO VÍCTOR PEDEMONTE <sup>33</sup> (1903 – 1958)**

El Dr. Pedro Víctor Pedemonte Traversa nació en Montevideo el 12 de abril de 1903.

Graduado como Médico Cirujano el 27 de abril de 1934, con muy buena escolaridad.

Desde 1939 fue el primer Cirujano Plástico y Estético del Uruguay.

Fue Médico Cirujano Especializado del Instituto de Ortopedia y Traumatología, por concurso de oposición, en 1942.

En 1951 por concurso de méritos ganó el primer lugar como Cirujano Ayudante de Cirugía Ósea de la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado.

Socio fundador de la Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay, fundada en 1950. Vicepresidente en 1953.



33 Resumen realizado por el Dr. Antonio L. Turnes el 05.06.2020.

Miembro fundador de la Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología, fundada en el año 1950.

Socio fundador de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica, con sede en San Pablo, Brasil, desde el año 1940.

Socio activo de la Sociedad de Cirugía de Montevideo (luego denominada del Uruguay) desde enero de 1938, siendo Bibliotecario y Director de los Boletines de dicha Sociedad desde 1938 a 1940.

Delegado de la Sociedad de Cirugía ante la Federación de las Sociedades Médico-Científicas del Uruguay durante 1938 y 1939, entidad en la que ocupó la Secretaría de la Comisión Directiva.

Relator Oficial Uruguayo del Tema “Cirugía Plástica de la Mano”, en el Tercer Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica, realizado en Santiago de Chile y Valparaíso, en el año 1944.

Misión de estudio, designado por el Ministerio de Salud Pública, en 1941, para estudiar la organización de la cirugía plástica en las ciudades de Río de Janeiro y San Pablo.

Misión de estudio, designado por el Ministerio de Salud Pública, en 1945, para estudiar la organización de los Servicios de Primeros Auxilios en los Estados Unidos de Norte América, con motivo de la Beca que le otorgara la Fundación W. Kellog, La Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos y la Asociación Ortopédica Americana.

Miembro de la Comisión Uruguaya de la Sociedad Latino Americana de Cirugía Plástica desde 1940.

Viajes de estudio y ampliación de conocimientos en cirugía ortopédica y plástica, año 1938 (Buenos Aires); año 1941 (Río de Janeiro y San Pablo); año 1942 (Buenos Aires y Rosario); año 1944 (Santiago de Chile y Valparaíso); 1945 (Estados Unidos).

#### PUBLICACIONES:

Dos libros:

- Cirugía Plástica de la Mano – Sus deformidades y su tratamiento; un tomo de 400 páginas 184 figuras, terminado de imprimir el 31 de agosto de 1948 en la Imprenta Rivera, Montevideo.



- Cirugía Plástica y Estética – Documentación fotográfica comentada. Hechos y conceptos. 1950.

Más de 70 trabajos científicos publicados en revistas de las especialidades de Cirugía Plástica y Ortopedia y Traumatología, latinoamericanas y nacionales.

## **CURSO DE PERFECCIONAMIENTO**

Además de la labor docente diaria desarrollada durante el desempeño de sus cargos de Médico Asistente de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. Eduardo Blanco Acevedo y del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Pasteur, tuvo a su cargo en el año 1940 un curso de 15 lecciones sobre Cirugía Plástica y Estética en el servicio nombrado en primer término, que fue el primer curso realizado en el país sobre Cirugía Plástica y Estética, para graduados, que incluyó los siguientes temas:

1. Cirugía Plástica y Estética. Generalidades. Definición. Historia. Evolución. Estado actual de la Cirugía Plástica y Estética.
2. La Cirugía Estética como necesidad social. El valor de la belleza física en la lucha por la vida.
3. El defecto físico y su valor psicopatológico. La Cirugía Estética como Cirugía Psicológica.
4. El derecho “de la” Cirugía Estética y el derecho “a la” Cirugía Estética. Características de la Cirugía Plástica. Condiciones del Cirujano esteta.
5. Visión general del radio de acción de la Cirugía Plástica y Estética y nociones generales sobre la técnica de esta especialidad.
6. Rinomegalias y rinocifosis. Técnica de su corrección y resultados.
7. Orejas en asa. Clasificación. Técnica y resultados.
8. Consideraciones generales sobre la fisiopatología del tejido conjuntivo. Cicatrices normales y cicatrices patológicas. El tratamiento preventivo y curativo de estas últimas.
9. Parálisis facial definitiva. Tratamiento y sus resultados.

10. Trasplantes e injertos. Generalidades. Definiciones y clasificaciones.
11. Trasplantes de piel. A) Libres (epidérmicos; dermo-epidérmicos y de piel total). Indicaciones, ventajas, inconvenientes y técnica.
12. Trasplantes de piel. B) Pediculados. (Autoplastia por deslizamiento, monopediculados y bipediculados). Indicaciones, ventajas, inconvenientes y técnica.
13. Trasplantes de piel. C) Trasplantes tubulados. Indicaciones, ventajas, inconvenientes y técnica.
14. Otros trasplantes. Hueso, cartílago, grasa, aponeurosis. Indicaciones, ventajas e inconvenientes.
15. Otros trasplantes. Músculos, tendones, nervios, etc. Prótesis, marfil, cemento, acero inoxidable, etc.

Con motivo de su fallecimiento, ocurrido el 24 de diciembre de 1958, la Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay publicó en sus anales un homenaje, en el que expresó el Profesor Dr. José Luis Bado:

*Fue por sobre todas las cosas “nuestro amigo”. Trabajó siempre al lado nuestro al conjuro de un deseo permanente de superación.*

*Era un “hombre que perpetuamente crece y perpetuamente aprende”.*

*Leal a sus principios y a sus afectos, luchó hasta el fin contra la enfermedad de los otros y contra su propio destino que terminó vencéndolo en una dramática decisión de terminar con el esfuerzo.*

*Triunfó en el ejercicio de su profesión. Fue creador y ejemplo de persistencia en la voluntad de vencer, pero no pudo someter a su propio espíritu agitado en angustiosas tormentas de ancestrales impulsos... y cayó vencido.*

*Su vida desaparecida es una gran fuerza que nos falta, una voz alentadora que muere en el silencio, una gran soledad que nos desconcierta. Pero en las compensaciones ideales de la muerte que acrisola y baña de luz perenne las realidades queridas que nos arrebata, su recuerdo será perdurable inspiración de nuestro esfuerzo.*

*José Luis Bado.*

Como homenaje a su memoria, la misma publicación incluyó un artículo póstumo suyo titulado “El porvenir médico deportivo de los menisectomizados”.

En 1950 publica un libro sobre Cirugía Plástica y Estética – Documentación fotográfica comentada; hechos y conceptos, que es la primera publicación de esta clase realizada en el país, cuatro años apenas, después que Héctor Ardao inició el Servicio de Cirugía Plástica en el Instituto de Radiología, hecho ocurrido el 1º de marzo de 1946.

El 28 de agosto de 1951 junto al cirujano Dr. Rafael García Capurro, en el Hospital Británico, operaron a un paciente de Paso de los Toros, entonces un hombre joven, a quien le trasplantaron el fémur entero de un cadáver, que obtuvo Pedemonte, para reemplazarle uno suyo que tenía una equinococosis ósea, patología similar a un cáncer destructivo total del hueso. El hombre se recuperó prontamente, y trabajó en el medio rural hasta pasados los 40 años de la operación, cuando lo vio totalmente saludable el Dr. Roberto Masliah. Esa operación fue la primera de una sustitución completa de fémur realizada en el mundo. El trabajo fue presentado al 1er. Congreso Internacional de Cirugía Plástica reunido en Upsala, Suecia, en 1955, actuando Pedemonte como representante del Ministerio de Salud Pública.

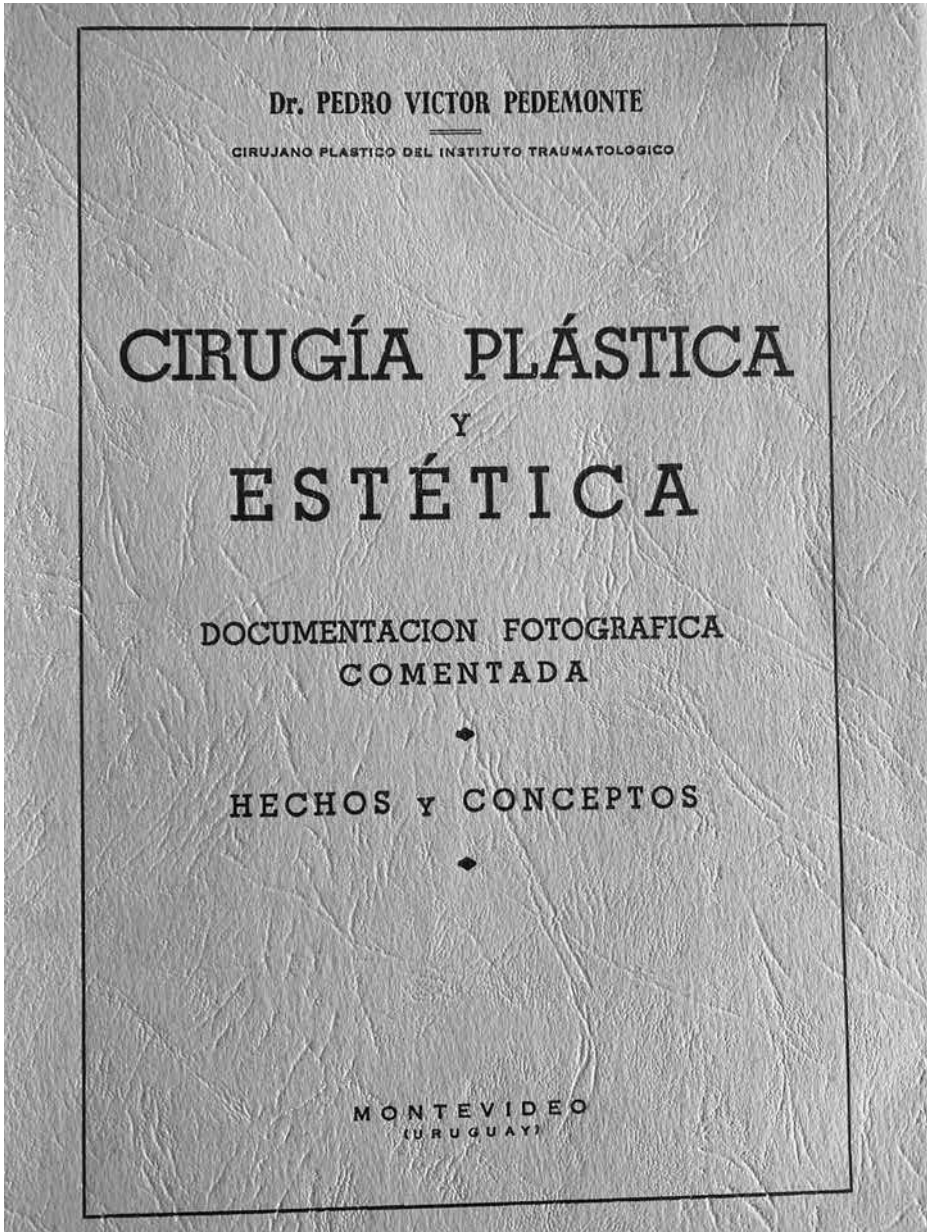
Fue médico de la Selección Uruguaya de Fútbol que en julio de 1950 obtuvo el Campeonato Mundial de Fútbol en Maracaná, Río de Janeiro (Brasil), motivo por el cual la Comisión Nacional de Educación Física le extendió un diploma de homenaje, con la firma del presidente Luis Franzini y actuando como Secretario Eduardo Arechavaleta. La Junta Departamental de Montevideo le entregó una medalla de reconocimiento como integrante de la Delegación Uruguaya que obtuvo dicho campeonato mundial y apareció en algunas de las imágenes que documentan dicha representación deportiva celeste.

Pocitense de toda la vida, tuvo su residencia en Lázaro Gadea y Luis B. Cavia, cercana a la playa.

Roberto Masliah detalló antecedentes de la formación de Pedemonte en cirugía de la mano.<sup>34</sup>

---

34 MASLIAH, Roberto: Pedro V. Pedemonte (1903 – 1958). En Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III, Montevideo, 2006; Fernando Mañé Garzón y Antonio L. Turnes (Editores), pp. 417 – 425.



Esta publicación de Cirugía Plástica y Estética, de 1950, fue tal vez la primera en el país dedicada por entero a la especialidad.

(Obsequio al autor de la viuda del Dr. Pedro Víctor Pedemonte).

En 1940 comienza a orientarse hacia las lesiones de las partes blandas y a la cirugía plástica de la mano, y sus trabajos científicos irán versando hacia la nueva especialidad.

En 1944 fue designado Relator Oficial del tema “Cirugía Plástica de la Mano” en el III Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica, realizado en Santiago de Chile. Este trabajo, como se verá al final, será la base que le permitirá culminar en 1948 con la publicación del excelente libro “Cirugía Plástica de la Mano. Sus deformidades y sus tratamientos”.

Influenciaron en él, para su dedicación a la mano, seguramente los profesores A. Steinler, de Iowa, y S. Bunnell, de San Francisco, cuando en 1946 usufructuó de una beca en ambas clínicas americanas.

Demás está decir que S. Bunnell fue el Maestro Mundial de la cirugía de la mano.

En la opinión de Masliah, Pedemonte fue un hombre de ciencia excepcional, un adelantado en su época, que vislumbró el futuro con total claridad.

Inició un Banco de Falanges y Metacarpianos, así como su inquietud le permitió ser actor fundamental en 1951, en el primer trasplante mundial de un fémur entero, del cadáver, para reemplazar el de un hombre joven afectado por equinococosis ósea de dicho hueso, como fue mencionado más arriba. El hecho sería publicado posteriormente, y presentado en el Primer Congreso Internacional de Cirugía Plástica desarrollado en Upsala, Suecia, en 1955.<sup>35</sup>

Falleció el 24 de diciembre de 1958, a los 55 años.

---

35 PEDEMONTE, Rosario: en Maracaná desde el Alma, de Eduardo Rivas, Planeta, noviembre 2020, 200 páginas, pp. 178 – 181.



## Capítulo 12

# CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO, CENTRAL DE SERVICIOS MÉDICOS

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

El Banco de Seguros del Estado fue creado por la Ley No. 3935 del 27 de diciembre de 1911, continuando con una política estatizadora llevada a cabo por Don José Batlle y Ordoñez. En el caso del Banco el argumento principal para estatizarlo era que las utilidades que se obtuvieran con los seguros quedarían en el País. Se le concedió un régimen de monopolio en gran parte del mercado de los seguros. Hasta 1911 todas las aseguradoras que operaban en nuestro medio eran de origen y capitales extranjeros. Según estudiosos de esa época aseguran que existieron intentos diplomáticos muy fuertes desde el exterior para que se limitara en algún sentido el proyecto Batllista original que consistía en el monopolio estatal casi total de este rubro.

En 1995 como consecuencia de cambios económicos mundiales se promulgó la Ley No. 16426 del 14 de octubre de 1993, por la que se procedió a la desmonopolización de la mayoría de los seguros. A pesar

de ello es interesante consignar que el Banco estatal sigue siendo líder en el mercado de seguros del Uruguay.

Hay que consignar que el seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales es el único seguro que se mantiene en forma de monopolio de acuerdo con lo que estipula la Ley No. 15074 del 6 de noviembre de 1980, por ello es obligatoria la contratación del seguro laboral por parte de los empleadores.

El Banco de Seguros del Estado está ubicado desde 1940 en un edificio situado en la Av. Libertador esquina Mercedes. Los arquitectos de dicho edificio fueron Ítalo Dighiero y Beltrán Arbeleche, quienes expresaron que con su diseño querían priorizar la visión que se debería tener desde la altura de la Av. 18 de Julio, hacia el Palacio Legislativo.

En sus comienzos los accidentes laborales que dependían del seguro estatal, eran asistidos, según un convenio firmado con el MSP, en el Servicio de Cirugía que dirigía el Prof. Blanco Acevedo en el Hospital Pasteur.

Como dijimos en el capítulo anterior una vez regresados de una pasantía por Bolonia a fin de especializarse en traumatología, los Dres. José Luis Bado y Domingo Vázquez Rolfi se hicieron cargo de una Sala cedida por Prof. Blanco Acevedo la que se transformaría en el primer Instituto de Traumatología del País. Posteriormente se les unieron los Dres. Caritat Larrar, Víctor Pedemonte y Hebert Cagnoli. Todos ellos eran los encargados de brindar atención a los pacientes traumatizados que tenían el seguro por accidentes del Banco estatal.

Como dijimos, el Prof. Ivanissevich, gran cirujano plástico argentino, y amigo de Blanco Acevedo, concurría en ciertas ocasiones, a brindar conferencias y realizar demostraciones quirúrgicas de un tipo de cirugía que en Uruguay no la realizaba aún ningún especialista y era la cirugía plástica. Por ello se hizo muy conocido entre los traumatólogos uruguayos, entre los que se encontraba el Dr. Pedro Víctor Pedemonte.

El BSE al constatar que el sitio asignado para el tratamiento de sus pacientes era muy reducido, decidió edificar un Instituto propio en la calle Las Heras esquina Av. Italia. Como dijimos, hasta se había colocado allí un cartel, explicando el motivo de las obras que se estaban realizando. Sin embargo las obras se paralizan totalmente cuando asumió la presidencia del Banco de Seguros el Dr. Juan José de Amézaga.



Quien como dijimos adujo problemas económicos como argumento para detener la construcción. Los Dres. Bado y Vázquez Rolfi, lograron que el MSP se hiciera cargo de continuar las obras, las que fueron finalmente inauguradas en 1941.

Los pacientes traumatizados asegurados por el Banco dejaron de concurrir al Hospital Pasteur para pasar a atenderse en el nuevo Instituto. Desde el punto de vista médico el Banco tenía un médico general encargado, que pertenecía a Asistencia Externa del MSP, y que era Don Vicente Basagoiti quien actuaba controlando los aspectos médicos de los pacientes internados.

Más adelante estando en la presidencia de la República Don Luis Batlle Berres, se nombró al Dr. Basagoiti como Presidente del Banco de Seguros. Es en el desempeño de ese cargo que el Dr. Basagoiti decidió la construcción de una Central de Servicios Médicos para el Banco, la que debería incluir una atención más integral de los trabajadores asegurados y no solo una atención puramente traumatológica. Una vez decidida la construcción del edificio, se le encargó el proyecto al Arq. Beltrán Arbeleche quien había sido uno de los arquitectos que diseñó el edificio central del Banco. El nuevo sanatorio se construiría en un gran terreno ubicado en la calle Mercedes esquina Julio Herrera y Obes. La obra fue inaugurada en 1951. La Central de Servicios Médicos está destinada a brindar toda la asistencia necesaria dirigida a las enfermedades laborales y profesionales, incluyendo todo tipo de accidentes. Para darle mayor jerarquía la sección dedicada a la Medicina se había contratado como consultante de enfermedades profesionales al Prof. Pablo Purriel, quien era un médico muy reconocido en aquel tiempo.

Se decidió que hubiera un Servicio de Cirugía Plástica, pero debe señalarse que desde sus comienzos a dicho Servicio se le denominó Servicio de Cirugía Reparadora. Es el único servicio de la especialidad con esa denominación. Hay que tener presente que el curso que ofrece la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la UDELAR a los estudiantes, se denomina como especialización en **cirugía plástica reparadora y estética**, por lo que el título que se obtiene al final de los estudios incluye toda la amplitud de la denominación antes mencionada. En general en la mayoría de las Instituciones donde se ofrecen servicios de la especialidad y con el fin de abreviar la denominación se los nombra como **servicios o policlínicas de cirugía plástica**. Aún el Servicio

inaugurado por el Prof. Héctor Ardao en 1946 en el Instituto de Radiología se le denominó como de Cirugía Plástica. Sin embargo el mismo Dr. Ardao al Servicio que inauguró y comenzó a dirigir en el BSE, le cambió la denominación tradicional y lo llamó Servicio de Cirugía Reparadora, y es la que continúa hasta el momento actual. Generalmente se supone que el nombre asignado se debió a que el Dr. Ardao, quien no practicaba la cirugía estética, no deseaba que en un servicio que se dedicaba a los accidentes laborales, pudiera suponerse que se realizaría algún tipo de cirugía diferente a la reparadora. Sin embargo ese punto de vista no concuerda con el pensamiento actual donde se mira a un trabajador que presenta heridas graves o quemaduras en la cara a quien habría que realizarle todos los procedimientos reparadores necesarios, muchos de los cuales deberían incluir refinamientos estéticos para poder reintegrarlo a la vida social. Ver el capítulo sobre **Cirugía Estética** donde hacemos notar las coincidencias de pensamiento en aquel entonces, entre el Dr. Ardao y la Sociedad Americana de Cirugía. Al iniciarse este servicio, el Dr. Pedro Víctor Pedemonte que había obtenido por concurso un cargo de traumatólogo solicitó pasar desde dicho servicio al servicio que dirigía Ardao, por lo que ambos fueron los primeros cirujanos plásticos, del Banco de Seguros del Estado. Un hecho contradictorio ya que años antes el Profesor Ardao, cuando tuvo que elegir entre inaugurar y dirigir el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur, que había sido planificado por él, prefirió inscribirse en el Concurso para Profesor Titular de Clínica Quirúrgica, cargo que finalmente obtuvo y ejerció. En tanto el Dr. Pedemonte tenía sobrados méritos como traumatólogo, lo que le permitió ser reconocido como tal y haber obtenido concursos de dicha especialidad, pero lo mismo que Ardao llegado este momento, se decidió finalmente por ejercer la cirugía plástica y estética. El Dr. Pedemonte falleció prematuramente en diciembre de 1958, mientras que Ardao lo sobrevivió hasta setiembre de 1979. En las primeras etapas del Servicio del Banco se incorporó también el Dr. Ruben Ardao, hermano menor de Héctor y especializado en cirugía general, aunque había sido uno de los fundadores de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay. En esa época no existían aún los cursos de especialista ni los títulos de cirujanos plásticos, así que cada cirujano según sus conocimientos se autodenominaba especialista y era la Sociedad de Cirugía Plástica la que ejercía cierto control de los especialistas, sobre todo se exigía que quienes la ejercieran

fueran sus asociados. Hacia 1979, cuando falleció el Dr. Héctor Ardao, el Servicio estaba integrado por los Dres. Ruben Ardao, Irene Juñen, Eugenio Bonavita Páez y Oscar Inzaurrealde, como cirujanos plásticos y las Dras. Marta Quintavani, y Ana Puig como practicantes, que habían obtenido dichos cargos mediante Concurso de Oposición. En 1980 se realizó un nuevo concurso donde obtuvieron cargos de cirujanos plásticos los Dres. Juan A. Castiglioni, Ana Puig y Gonzalo Fajardo. Por ese entonces se retiró el Dr. Ruben Ardao y pasó a ejercer la jefatura el Dr. Eugenio Bonavita Páez. Se integran también los Dres. Raúl Villagrán y Carlos Breitfeld.

En un nuevo concurso realizado en 1984 con un tribunal integrado por el Dr. Eugenio Bonavita como jefe del Servicio y los Dres. Héctor Ventós y Marcos Colombo, que nunca integraron la plantilla de médicos del BSE, fueron nombrados como cirujanos titulares a los Dres. Arzuaga, Marta Quintavani y Carlos Carriquiry, mientras que como suplentes a los Dres. Juan Vanerio y Areosa. La Dirección Técnica era ejercida en ese momento por la Dra. Ana Vischi de Barragán y el Dr. Bernardo Szafer.

Por 1990 ingresan al Servicio, los Dres. Álvaro Barreiro, Alberto Elbaum, Marcelo Marín, Alba Silva, D. Argañaraz, Hugo Gonzalez, López Garbarino, y Estela Lorenzo.

Al fallecer el Dr. E. Bonavita, la Jefatura pasó a ser ejercida durante dos años por el Dr. Juan A. Castiglioni, ya no era como al inicio que la jefatura del servicio estuvo a cargo de Ardao por mucho tiempo, sino que quien era nombrado, la pasaba a ejercer hasta jubilarse, y como tomaban la jefatura siendo ya mayores la ejercían durante poco tiempo. Quizás por ese motivo se le pueda dar la razón a la política de la Facultad de Medicina, ya que al exigir un máximo bajo de edad para quienes aspiran al cargo de profesor titular, de esa manera puede ejercer su profesorado y docencia por al menos 10 años. Al jubilarse el Dr. Castiglioni la Jefatura pasó a manos del Dr. Gonzalo Fajardo, y posteriormente al Dr. Carlos Carriquiry. Cuando éste renunció, aún era joven para el retiro, se designó al Dr. Juan Vanerio como encargado del Servicio, para finalmente llamar el cargo a un Concurso, habiendo sido designado como presidente del tribunal quien es ese momento ejercía la dirección técnica que era el Dr. Rodolfo Vázquez. El concurso consistía en dos pruebas, siendo una de ellas, una presentación

oral sobre un tema de gestión administrativa. Finalmente el Dr. Juan Vanerio es designado Jefe del servicio de cirugía reparadora.

El Banco de Seguros del Estado fue ejemplo en cuanto a la adquisición de material bibliográfico para los médicos que se desempeñaban en las distintas especialidades. Contaba con una biblioteca muy completa y en cuanto a **revistas científicas** de la especialidad, el Banco recibía mensualmente las revistas más importantes de cirugía plástica que se editaban en el mundo. Por supuesto que estaban también los libros considerados fundamentales de cada especialidad.

Desde el punto de vista asistencial el servicio estaba organizado con una atención de urgencia, la que atendían dos médicos, uno de ellos interno en el sanatorio durante las 24 horas y el otro estaba como consultante externo de apoyo al cirujano más joven que estaba en el sanatorio. Había un piso de internación llamado piso de Reparadora, así como en ciertas ocasiones se internaban pacientes en el piso destinado a cirugía general. En cuanto a las policlínicas externas, eran diarias; sin embargo los pacientes en los cuales se debía decidir una operación o un alta, pasaban a lo que se llamaba Policlínica Jefe, ya que generalmente además del médico tratante, estaban allí presentes los cirujanos del staff, así como generalmente el jefe del servicio. Allí se procedía a decidir el tratamiento que se le realizaría a cada paciente y en caso de ser operado, se designaban los equipos quirúrgicos. La atención fundamental giraba en cirugía de la mano. También en ocasiones, se trataba de pacientes portadores de grandes áreas cruentas sobre todo en miembros inferiores.

En cuanto los pacientes quemados, se había acondicionado un lugar específico en el 4°. Desde el punto de vista de la atención quirúrgica, ésta le correspondía, al Servicio de Cirugía Reparadora y desde el punto de vista médico se contaba con la asistencia de dos destacados médicos internistas, los Dres. Pablo Ambrosoni y Juan Carlos Bagattini. En ciertos pacientes muy complejos se les realizaban las curaciones en el Hospital Británico. Posteriormente una vez inaugurado el CENA-QUE, (Centro Nacional de Quemados), los grandes quemados fueron derivados a dicho centro especializado.

El BSE fue fundamental en cuanto al empleo de la microcirugía vascular reparadora. Podemos decir que salvo algunas excepciones, allí se realizaron la mayor cantidad de reimplantes en el Uruguay, erigiéndose

como se dijo en el capítulo sobre cirugía de la mano, en un verdadero centro de reimplantes. En dichas operaciones permanentemente se contó con la colaboración del Servicio de Traumatología, los que eran los encargados de realizar las osteosíntesis o fijación de las partes óseas previo a las suturas microquirúrgicas de los vasos y nervios. De esta forma el BSE cumplió y cumple un rol social muy importante ya que pone a disposición de los traumatizados el uso de la mejor tecnología posible existente en nuestro medio.

El BSE, cuenta con un Departamento de Fisiatría y Fisioterapia muy importante, con equipamiento muy adecuado y actualizado para lograr la recuperación postoperatoria de los politraumatizados.

Más recientemente, la Central de Servicios Médicos del BSE, inauguró en Agosto de 2019, un nuevo Sanatorio ubicado en la Av. José Pedro Varela 3420, y hacemos notar que se trata de un centro de referencia regional para la rehabilitación de pacientes politraumatizados, con lesiones encefálicas y raquimedulares. En cuanto a Cirugía Plástica enfatizamos la realización de la cirugía de reimplantes así como la rehabilitación de los pacientes amputados.

El Dr. **Eugenio Bonavita Páez**, en la mayor parte de su trayectoria dedicó su actuación al BSE y a su actividad privada donde la mayoría de sus intervenciones quirúrgicas eran de carácter estético. Por ello es que lo recordaremos en este capítulo.

En sus comienzos concurrió al Servicio de Cirugía Plástica a cargo del Prof. Ardao en el ex Instituto de Radiología, el que había comenzado sus actividades en 1946. Posteriormente tuvo un muy breve pasaje por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur, inaugurado en 1971 bajo la Dirección del Dr. Guillermo Fossati.

Supo integrar aunque en forma breve el Servicio de Cirugía Plástica de Casmu, pero como se dijo una vez que comenzó sus tareas en el BSE, se dedicó a ese Servicio casi en forma exclusiva. Rápidamente llegó a la jefatura del servicio de cirugía reparadora ante el retiro del Dr. Ardao en 1979. En el ejercicio de la cirugía estética tuvo entre sus primeros ayudantes al Dr. Alejandro Vázquez Barbé, quien siempre dijo que se sentía su discípulo en esta rama de la cirugía plástica. Su práctica privada la realizó en diferentes sanatorios de nuestro medio.



## Capítulo 13

# HOSPITAL BRITÁNICO

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

El Hospital Británico (British Hospital), fue fundado a impulso de la comunidad británica establecida en Uruguay. Sus comienzos se remontan a 1857, estaba establecido en la ciudad vieja bajo el nombre de Hospital Extranjero, y en sus principios contaba con 3 camas. Con los años se fue ampliando, por lo que se pensó en un traslado a un predio más grande. Para ello se construyó un nuevo edificio. En 1912 cambió su nombre a la denominación actual y pasó a ocupar el predio de Av. Italia, teniendo una disponibilidad de 66 camas, que se distribuían entre salas individuales y salas generales, las que contaban con varias camas, y allí generalmente se internaban los pacientes procedentes de las Empresas del Ferrocarril.

El hospital se construyó en un predio conocido como la Quinta de Manuel José de Sainz, lugar de gran significado para la historia del Uruguay, ya que quizás allí fue donde residió Don José Artigas durante el Sitio de Montevideo y posiblemente allí se hicieron reuniones del Congreso de los Representantes del Pueblo Oriental. De las construcciones primitivas de la Quinta queda en pie lo que se conoce como el

**palomar de Cavia**, transformado hoy en biblioteca, sito en la esquina de Av. Italia y la calle Avelino Miranda.

El hospital construido en 1912, luce en una de sus fachadas laterales un gran bajo relieve que da al exterior con la inscripción “British Hospital, erected 1912, as a memorial to H. M. KING EDWARD VII”. El Rey Eduardo VII de Inglaterra acababa de morir en 1910 y el Rey de ese momento era Jorge V. El reinado de Eduardo VII se inició con la muerte de su madre la Reina Victoria en 1901, con lo que su reinado fue relativamente corto. Su título oficial, incluía al Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda y Emperador de la India.

La importancia del Hospital Británico en la Cirugía Plástica proviene de la asistencia de todos los pacientes de entidades navieras, aunque también en ocasiones se asistían pacientes de mutualistas como la del Partido Nacional o Círculo Católico. Pero fundamentalmente se asistía a la totalidad de los funcionarios de la red de Ferrocarriles del Uruguay, que en ocasiones tenían graves accidentes, por lo que su atención les proporcionó a los médicos actuantes gran experiencia en pacientes traumatizados.

La red de ferrocarriles en Uruguay se creó en 1866, formando una Empresas de capitales Nacionales a la que el Estado le ofreció una concesión en 1867, para construir una línea férrea que uniera Montevideo con Durazno con una extensión de 205 Km. La Empresa pasó a llamarse “Ferrocarril Central del Uruguay”. El primer tramo entre Bella Vista, hoy estación Carnelli, y Las Piedras de una longitud de 18 km se construyó en 1869. Para poder continuar con la construcción de los tramos acordados se pidieron préstamos en Londres, por lo que los ingleses no solo capitalizaron a la empresa, sino que además adquirieron la mayoría de sus acciones. Se creó entonces en 1878 la Central Uruguay Railway “CUR”, incluyendo en el contrato una cláusula que le daba al Estado la potestad de expropiar la Compañía pasado un lapso de 25 años si así se creía conveniente. El nombre de esta compañía interesa, ya que fueron sus funcionarios ingleses los que introdujeron el cricket y el fútbol en nuestro País, fundando un equipo de fútbol que sería más adelante uno de los equipos más populares de nuestro medio. En 1897, se inauguró la Estación Central, bajo el diseño del Ing. Luis Andreoni, cuyo verdadero nombre era Luigi de origen italiano, que llegó a ser muy famoso en Uruguay, ya que participó en el diseño



de múltiples e importantes construcciones. En 1915 el Estado inauguró una línea férrea que corría hacia el oeste y que unía Montevideo con Santiago Vázquez, el llamado tranvía a la Barra del Santa Lucía. En 1949 la totalidad de la red ferroviaria que ya tenía una longitud de 623 kilómetros, estando en la Presidencia de la República Don Luis Batlle Berres, pasó a propiedad del Estado como pago de las deudas contraídas por Inglaterra con Uruguay con motivo de las actividades de la Segunda Guerra mundial, dando lugar a grandes festejos. De esta forma había dos Empresas, las nacionalizadas (CUR) y la línea al Oeste; la fusión de ambas 1952 dio paso a la creación de AFE.

Dentro de los primeros Directores Técnicos del Hospital el más recordado es el Prof. Horacio García Lagos que participó en un evento que relataremos al final de este capítulo.

Lo sucedió su hijo el **Dr. Rafael García Capurro** (1904-1998), quien a su vez fue durante muchos años el Jefe del Departamento de Cirugía. Su formación como cirujano la realizó concurriendo al Hospital Maciel a la Clínica del Dr. José Iraola y tuvo también un pasaje por el Hospital Pasteur. En lo que respecta a la cirugía plástica asistió a las conferencias y demostraciones quirúrgicas que ofrecía, en sus venidas a Montevideo, el Prof. Ivanissevich, Maestro de la cirugía plástica argentina; posteriormente concurrió junto al Dr. Pedro Víctor Pedemonte a Buenos Aires para observarlo operar en su propia clínica. Más adelante continúa interesado en la cirugía plástica y concurrió a la clínica del Prof. Lelio Zeno en Rosario Argentina, quien era uno de los fundadores de la cirugía plástica del vecino País. Allí aprendió la técnica de los injertos de piel. Posteriormente hizo una gira por los Estados Unidos que incluyó una estadía en la Clínica Mayo. A su regreso, tuvo la



RAFAEL GARCÍA CAPURRO  
(Imagen: <https://www.scu.org.uy/presidentes-1946-1957.php>)

oportunidad de asistir a una gran cantidad de pacientes. La experiencia lograda en el tratamiento de los pacientes politraumatizados lo interesaron a incursionar en la traumatología y en la cirugía reparadora. Fue un cirujano creativo y original, ideó un circuito cerrado de circulación de aire filtrado para las salas de operaciones que hizo disminuir las complicaciones infecciosas post operatorias. Ese sistema se generalizó en varias salas de operaciones de Montevideo, al principio, y del mundo posteriormente. Otro de sus inventos muy utilizados, fue la creación de un separador ortostático para utilizar en el campo operatorio abdominal, llamado en España como separador de Montevideo y en Uruguay llamado separador de García Capurro. Llegó a idear unas piezas metálicas, observado por uno de los autores y que las utilizaba para suturar muy pequeños vasos sanguíneos, cuando aún la microcirugía vascular no existía. Fue un deportista completo e incursionó en casi todas las ramas, incluyendo carreras de automovilismo. El deporte que continuó practicando hasta avanzada edad fue la de navegación junto con la natación. Con su barco de 4 cuquetas solía navegar por el Río Santa Lucía, y amarrado en diferentes lugares cada vez, se tiraba a nadar por horas. Fue un gran dibujante y escritor de cuentos y poesías algunas de las cuales fueron escritas en alemán e inglés.

En 1951, realizó junto con el Dr. Pedro Víctor Pedemonte, una de las cirugías más recordadas. Se trataba de un paciente joven, un hombre de campo, que tenía una destrucción de la cabeza del fémur izquierdo por hidatidosis ósea, al que habían llegado a la conclusión que la mejor indicación era la de amputación del miembro inferior.

Se planeó trasplantar un fémur completo de cadáver, no vascularizado; de esa forma, se sacaría en su totalidad el hueso enfermo y se le reemplazaría por un mismo hueso de un paciente fallecido recientemente. Es interesante destacar, que con el advenimiento de la microcirugía, mucho más adelante, el trasplante de hueso es una operación casi rutinaria, pero se realiza con hueso vascularizado, es decir se le deja la arteria y la vena del hueso, las que se suturan a las arterias y venas de la zona receptora, para que de esa forma el hueso se mantenga vivo desde las primeras etapas. En la época de esta cirugía no existían las técnicas de suturas microquirúrgicas y el hueso se trasplantaría como un injerto que debería vivir de los neo vasos que surgieran en su derredor y le dieran irrigación sanguínea. El Dr. Pedemonte ya había

sustituido anteriormente, en el Instituto de Traumatología, huesos pequeños de la mano, como es el caso de las falanges. Como se trataba de huesos de pequeño tamaño, se pensaba que con una buena circulación de sangre en el lecho receptor el hueso de alguna forma se revascularizaría y continuaría vivo. Nunca antes se había sustituido un fémur completo en Uruguay ni en el mundo. Consiguieron un fémur de una paciente joven recién fallecida en un accidente; era del sexo femenino y cuyo fémur resultó ser 3 cm. más corto que el del paciente receptor. Realizada la operación se le colocó un yeso inmovilizador por 45 días, para posteriormente comenzar a deambular. Aunque tuvo que ayudarse con un bastón, el paciente vivió por más de 40 años y caminaba en forma permanente.

La importante relación que había con Inglaterra, tanto la comunidad inglesa en Uruguay, como el Hospital Británico en particular, tuvo su importancia ya que generalmente médicos de aquel País visitaban el Hospital. En cuanto a la cirugía plástica, tanto el País, el Hospital así como los cirujanos tuvieron el gusto de contar con la visita de Sir Harold Gillies a Montevideo. Gillies en el momento de mayor auge de su fama viajó por el mundo enseñando sus técnicas quirúrgicas y recibiendo el reconocimiento de sus colegas. En su estadía en Montevideo, conoció al Dr. Rafael García Capurro, jefe de cirugía del Hospital Británico y le sugirió hacer un injerto de piel, a la vez que García Capurro debía hacer una cirugía similar. Gillies conocía a varios cirujanos uruguayos que lo habían ido a visitar a Londres, entre ellos al Prof. Héctor Ardao y al Dr. Guillermo H. Fossati. En cuanto a la demostración quirúrgica que realizaría junto al Dr. García Capurro, decidieron realizar injertos de piel de áreas cruentas en miembros inferiores. A los tres días de las cirugías y antes de que Gillies continuara su viaje, procedieron a realizar las respectivas curaciones de los injertos y así poder observar en qué estado de vitalidad se encontraban. En lo que es personal, el Dr. Irigaray, entiende que la primera curación de un injerto de piel siempre la debe realizar el cirujano actuante ya que es el único que sabe cómo dejó el injerto y el vendaje, a fin de no levantar el injerto con una gasa que pueda estar adherida y con ello perder el injerto al realizar una mala primera curación. Esa primera curación la debe realizar el cirujano responsable y nunca una enfermera. De esa forma, cada cirujano actuante en la demostración procedió a curar su injerto. El injerto correspondiente a Gillies estaba “prendido”, vital en

su totalidad, con el color rosado correspondiente a un injerto bien vascularizado, por lo que Gillies interrogó a García Capurro cómo pensaba que estaría su injerto. Antes de que comenzara a retirar la curación, y lo pudieran ver, se hizo un silencio y García Capurro contestó que pensaba que también estaría bien, y procedió a retirar la curación viendo efectivamente que el injerto estaba en buenas condiciones y se felicitaron mutuamente. Cuando se retiraban de la sala, dos cirujanos muy amigos de García Capurro, en un sitio aparte, le preguntan si no había sido muy arriesgado decir que el injerto estaría bien delante de tan ilustre visitante y qué hubiera pasado en caso de no haber estado bien. Pero García Capurro les ofreció una contestación que no esperaban, diciéndoles:

*”Ustedes me conocen bien y no me arriesgaría; es que estaba tan nervioso y ansioso que no pude esperar más y lo vine a curar anoche y lo vi bien!!!!!!”*

Uno de los discípulos de García Capurro el Dr. Aldo Roncagliolo, decidió realizar la especialidad de cirugía plástica y una vez obtenido el título de especialista se transformó en el primer cirujano plástico del Hospital Británico. Se hablará de este paso en el capítulo correspondiente a la Sociedad de Cirugía Plástica, ya que el título de especialista al no estar, en ese momento reconocida la especialidad por la Facultad de Medicina, lo otorgaba la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay, mediante la realización de una prueba. En el caso del Dr. Roncagliolo uno de los autores asistió a dicha prueba, que se realizó en el Hospital Pasteur y aún recuerda la integración del Tribunal y las preguntas realizadas en aquel momento.

El Dr. Roncagliolo en una ocasión tenía que ejecutar una cirugía oncológica que había realizado en muy pocas ocasiones, por tratarse de un caso poco frecuente, de manera que estaba muy ansioso por la operación, y preguntaba a varios cirujanos acerca del mejor procedimiento a realizar. Al día siguiente continuaba con las preguntas, por lo que el Dr. García Capurro decidió darle un consejo y le dijo: -“Mire doctor, vaya a su casa, se tranquiliza, cierra los ojos y *sueña* la operación paso a paso de principio a fin”. Esa recomendación el Dr. Irigaray la llevó a cabo en numerosas ocasiones, hay que soñar hasta los más mínimos detalles, y luego la cirugía al día siguiente se hace como un “*Dejá Vu*”.

El Dr. Roncagliolo se rodeó del Dr. Enrique Fossati, quien una vez retirado el primero continuó con la Jefatura del Servicio. El Dr. Fossati experto en cirugía de la mano, habiendo estado con el Dr. Guillermo Loda en Buenos Aires, también como se dijo, realizó microcirugía vascular y nerviosa e incursionó también en cirugía estética. En dicha Jefatura realizó con frecuencia y en forma periódica ateneos de la especialidad y en numerosas ocasiones con la presencia de invitados extranjeros.

Posteriormente se integraron al Servicio los Dres. Guillermo Coates, Gonzalo Macció, Varinia Scanniello y la Dra. Morales.

Hay un relato oral transmitido tanto por el Dr. Mario Real de Azúa como por el Dr. García Lagos, que lo hemos dejado para el final por lo interesante, pero tenemos que tener en cuenta que se trata de un relato que tiene una tradición oral muy firme, aunque falta una confirmación completa. El relator dijo que estando en un Congreso en Londres le presentaron a Charles Chaplin quien al enterarse que se trataba de un uruguayo, le confió que estando en América del Sur había sido operado en el *British Hospital* de Montevideo. Según se dice, cuando aún no era conocido, integrando una troupe de cómicos ingleses, realizaron una gira por América del Sur, y allí le surgió un inconveniente de salud el que demandó una solución quirúrgica. EL Dr. García Lagos le transmitió este mismo relato al Dr. Rafael García Capurro. Aunque hay opiniones que dicen que la cirugía pudo haberse realizado en el Hospital Maciel, es probable que siendo un grupo que venía de Inglaterra pidiera ayuda en el Hospital Británico, dando credibilidad al relato.



## Capítulo 14

# CIRUGÍA PLÁSTICA EN MÉDICA URUGUAYA (MUCAM)

ALBERTO IRIGARAY

A principios del siglo XX diferentes grupos de personas emprendedoras, que no eran médicos, fundan algunas instituciones de asistencia médica bajo el sistema de pre pago. Una de ellas es fundada en 1912, por el Sr. Francisco Golino bajo el nombre de Médica Uruguaya. Con el correr del tiempo esas mutualistas continúan con un número de afiliados muy acotado por lo que se van uniendo entre ellas a fin de contar con una institución que tuviera un número de afiliados más numeroso, y poder brindar mejores servicios y a su vez tratar de conseguir un local más acorde. Con ese fin las Instituciones Unión Médica, Fraternal Uruguaya y otras, se unen y en abril de 1934 el Sr. Golino pasa a ser dueño y director de una única institución que continúa con el nombre de Médica Uruguaya. Los servicios que ofrecía eran: asistencia de medicina, cirugía, internación, radiología, laboratorio, y un servicio odontológico que tenía como único fin el de realizar extracciones dentales. A fines de 1939 el Sr. Golino vendió la institución al Sr. Francisco Paternó, quien inmediatamente la cede al personal que la integraba en ese momento, pero asegurándose que la institución le arrendara una planta física ubicada en la esquina de Río Branco y Soriano, que era

de su propiedad, la que fue remodelada para ese fin. En ese momento podía albergar 67 camas. En 1958 se formó una corporación de médicos la que se hizo cargo de la mutualista. Había pocas instituciones en manos de médicos que prestaran asistencia médica, una de ellas el CASMU. En 1965 se aprueban, por el Gobierno, sus estatutos y pasó a tener personería jurídica, denominándose desde allí como Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM). Como se dijo, se trató de que fueran los médicos los que ejercieran la dirección, diferenciándola así de aquellas en que sus dueños eran asociaciones de carácter civil o instituciones de seguros que a su vez contrataban a los médicos. En 1966, se planeó modernizar la Institución y realizar un cambio de planta física que en ese momento ya quedaba anticuada y de muy difícil acceso. Para ello se comenzó con la búsqueda de una nueva localización, optando por la compra de dos solares que totalizaban 3.340 m<sup>2</sup>, que estaban ubicados con frente a Av. Italia y a su vez a la Av. 8 de Octubre. Se pensó, con acierto, que esa zona tenía mejor accesibilidad, y mayor potencial de desarrollo. El predio cuando se miraba desde 8 de Octubre se veía como un gran barranco donde no era posible ver casi la superficie plana que llevaba hasta Av. Italia. Todavía se conserva por 8 de Octubre una palmera que estaba en el terreno vacío en aquel entonces. En 1966 se llamó a concurso privado para la construcción del sanatorio, que tendría entrada por la Av. 8 de Octubre. Se califica a tres proyectos y el jurado da por ganador al proyecto presentado por los arquitectos Walter Chappe y Adolfo Pozzi. Los planos se encuentran archivados en la sección correspondiente de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Udelar. Si bien se inspiraron en la arquitectura del edificio del BPS, sito en Colonia frente al Sanatorio No 1 de CASMU, el mérito del proyecto radica en suavizar las líneas dando una sensación de movimiento. Los críticos de dicha Facultad han escrito sobre ese edificio que se trata de “una escultura a escala urbana” y “se concibe la obra como una obra de arte en su totalidad”.

En julio de 1996, se adquirió el inmueble que ocupaba el Liceo Francés con frente a Av. Italia, vecino a MUCAM hacia el este. Más adelante se compró un predio con frente hacia 8 de Octubre, que pertenecía a la Mutualista CIMA, vecina a MUCAM hacia el oeste para posteriormente adquirir el edificio también vecino que pertenecía a España Mutualista y en ese momento se llamaba Cima-España. Por



último, ante el constante aumento del número de asociados se adquirió un terreno vecino a esta última construcción con frente a Av. Italia, el que se utilizó para construir la torre de 10 pisos inaugurada recientemente. Todo esto le ha permitido a MUCAM transformarse en este momento, en la mutualista con mayor número de asociados del país. Debe remarcarse que uno de los artífices en haber logrado estas metas ha sido el Dr. José Luis D’Espaux, presidente de la Institución por varios períodos.

Mientras estuvo en la ubicación que tenía en la calle Rio Branco, existen innumerables anécdotas de aquel entonces y algunas merecen darse a conocer, por ser casi irrepetibles. Entre sus primeros asociados estaba el Sr. N.N. el que figuraba con el No. 6 de una afiliación colectiva que pertenecía a una institución del Estado. Este paciente era portador de un varicocele (patología que produce un incremento de líquido en la bolsa que rodea a los testículos este hecho le producía gran preocupación, aunque esa patología que es totalmente benigna no la ameritara. Pero podría decirse que el paciente vivía pendiente de su afección. Por ello, era que casi todos los días de tarde o de noche, cuando dejaba de trabajar, consultaba por dolor o molestias en el servicio de urgencia. Ese servicio era atendido de 8 a 20 hrs. exclusivamente por un médico de urgencia, pero pasadas las 20 horas el médico de urgencia era el mismo que debía atender los problemas que surgieran a la totalidad de los pacientes internados en el sanatorio. Según recuerda el Dr. Fernando Lago, quien conocía perfectamente al paciente, a la frase anteriormente dicha, acerca de que el paciente consultaba casi todos los días, habría que sacarle el “casi” ya que el paciente concurría **todos los días** incluido los fines de semana y días feriados. Como el paciente conocía perfectamente los horarios y los nombres de los médicos que estaban de guardia, los alternaba para que no siempre lo tuviera que atender la misma persona. Es decir que un lunes concurría antes de la hora 20 y al siguiente lunes concurría pasada esa hora, aunque en ocasiones consultaba a la 1 o 2 de la mañana, siempre con su varicocele sin ninguna patología nueva por lo que algún médico en algún momento se enojaba y hasta le dijo que lo atendería con gusto si le traía un certificado de un psiquiatra. Nuestro querido y tan recordado cirujano Dr. Emil Kamaid, cuando el paciente llegaba después de medianoche, él ya estaba en la cama descansando y en lugar de vestirse y bajar a la emergencia para verlo, era al único paciente que lo hacía subir al cuar-

to médico para realizar la consulta, de esa forma el Sr. R.R. pasó de ser más que un afiliado, a ser un integrante casi familiar de la Institución. Y como en toda familia por momentos se trataba de un integrante en ocasiones coloquial y otras veces un poco molesto.

La cirugía plástica en sus comienzos en Médica Uruguaya se realizaba tal cual se llevaba a cabo en la mayoría de las instituciones, es decir, las heridas las solucionaba el cirujano, las áreas cruentas las injertaba el traumatólogo, que en MUCAM era el Dr. Mussio, quien tenía también actividad en el servicio de traumatología del Banco de Seguros del Estado. Para los casos puntuales de cirugía reparadora, como podía ser un tumor oncológico de la cara, se convocaba a los cirujanos plásticos que integraban una lista a la orden a tales efectos. Esa lista la integraban los Dres. Alejandro Vázquez Barbé, Martín Palacio del Val y el Dr. Guido Negrín. Este último contaba con muy buena consideración por parte del Dr. Pedro Larghero. Negrín trabajaba entre otros lugares, en el Hospital Militar, y en la Asociación Española. En dicha institución actuaba como su ayudante la Dra. Daysi Peri Vidal, quien guarda muy buenos recuerdos del Dr. Negrín, tanto desde el punto de vista personal así como de su técnica quirúrgica. La Dra. Peri escribe una excelente semblanza del Dr. Negrín en el capítulo sobre: “La Cirugía Plástica en la Sociedad Española”. Una cirugía oncológica, por él realizada y con la ayudantía del autor influyó en forma determinante como para que quien fue su ayudante en ese momento decidiera definitivamente continuar por el camino de la cirugía plástica. Tal fue la impresión que le causó la actuación del Dr. Negrín en esa operación. Se trataba de un paciente portador de un carcinoma de piel, tumor maligno, que le tomaba parte del ala nasal, así como algo del dorso de su nariz. Quien ayudaba no sólo no había trabajado nunca con un cirujano plástico, sino que nunca antes había visto una cirugía reparadora. Tal como siempre se dijo, y se enseñaba a los estudiantes, el cirujano oncólogo debe saber desdoblarse en dos personalidades al tiempo de realizar este tipo de cirugía: el primero, es el cirujano oncológico propiamente dicho, quien al realizar la resección debe pensar sólo en la curación del paciente, es decir, debe extraer lo que a su conciencia y experiencia debe sacar para no dejar restos del tumor, lo que los pacientes dicen “me sacó todas la raíces”. Eso debe hacer, sin pensar ni un instante cómo va a solucionar el área cruenta que quedará, porque en ese caso sacará menos tejidos para poder así hacer la reparación más fácilmente,

en ese caso pueden quedar en la zona, restos del tumor que indefectiblemente volverán a crecer con el tiempo. Cuando realiza esa parte de la operación se lo llama el tiempo del cirujano **destructor**. Una vez terminada la resección, se cambian algunos instrumentos que pueden tener células tumorales, el cirujano se transforma recién en ese momento en cirujano **reparador**. Es en ese instante cuando debe pensar cómo reparar la zona cruenta. Ese es un momento mágico en todo cirujano plástico, porque él tiene entre todos sus conocimientos **muchos** métodos para reparar esa zona, pero siempre hay **uno** que es el mejor para ese **lugar** y para ese **paciente**. El resultado debe ser lo más parecido a lo normal, en cuanto a altitud de la cicatriz, y el color de la zona reparada debe ser lo más parecido posible al color de la piel de la vecindad. A pesar de que el cirujano plástico debe informar previamente al paciente de la cicatriz que quedará, ya que si bien la mayoría piensa en la importancia de curar el tumor, hay algunos pacientes que tienen fantasías de que quedará como si no hubiese pasado nada. Sir Harold Gillies a quien nos referimos en múltiples capítulos, decía que el arte de la cirugía plástica consistía en desvestir a Pedro, que es la zona que donará la piel, para vestir a Juan, que es la zona receptora. Esta frase dejará de ser verdad cuando se puedan obtener tejidos por fuera del cuerpo humano. Una vez que el Dr. Negrín hizo la resección oncológica del tumor quedó una amplia zona cruenta y quien ayudaba pensaba que había una única solución por él conocida para reconstruir la zona, que consistía en colocar un injerto de piel, pero también pensaba en la depresión que quedaría, lo mismo como el cambio de color remanente. El paciente sería reconocido desde lejos por su desfiguración en el centro de la cara. Pero el Dr. Negrín diseñó un colgajo, que como se dijo desde los primeros capítulos, consiste en un trozo de piel con tejido adiposo que no se desprende totalmente del lugar pero permite rotarlo de una zona a otra de la cercanía, de esa forma elevó un colgajo del surco nasogeniano que se colocó exactamente en el área cruenta quedando a la visión casi a la misma altura y del mismo color de las zonas vecinas, mientras que la zona dadora fue cerrada realizando una sutura directa de los bordes por lo que dejó una cicatriz muy fina sobre el surco, casi invisible. El espesor del colgajo rotado así como el color eran los ideales, por lo que el paciente quedaría con una apariencia casi normal. Lo que actualmente es una cirugía casi corriente para esa zona, en 1973 para quien lo ayudaba fue una cirugía imaravillosa!

En MUCAM con el tiempo la cirugía plástica la pasaron a realizar los Dres. Juan A. Castiglioni y Alberto Irigaray. Desde sus comienzos en 1968 el Dr. Castiglioni realizaba sobre todo tareas internas, es decir en el sanatorio, mediante guardias de emergencia o guardias Internas, en tanto el Dr. Irigaray, ingresado en 1970, realizaba mayoritariamente tareas externas, como urgencia a domicilio o policlínicas externas con visitas domiciliarias de radio. Posteriormente pasaron ambos a realizar tareas como cirujanos plásticos. En un comienzo se trataba de tareas de retén de urgencia de la especialidad y policlínicas descentralizadas de cirugía plástica, aunque no implicaban cargos fijos remunerados. Fueron los primeros cirujanos plásticos con tareas fijas en urgencia y policlínica de MUCAM. En agosto de 1979 ingresó el Dr. Alberto Elbaum, en setiembre de 1979 ingresó el Dr. Juan Vanerio, y en diciembre de 1982 el Dr. Héctor Juri. En el momento que se hizo una reestructura de todos los servicios de cirugía, creando departamentos y servicios adjuntos. Cuando el Dr. Alberto Elbaum ejercía como adjunto a la dirección técnica se creó el servicio de cirugía plástica, decidiéndose que la jefatura fuera compartida por lo Dres. Castiglioni e Irigaray, pasando ambos a ejercer cargos fijos rentados en MUCAM.

En ese entonces conoció el autor a quien posteriormente, en el futuro, sería el gerente general de MUCAM, y que hizo historia en la Institución y cuyo centro asistencial lleva merecidamente su nombre, el Sr. Nicolás Cetta.

Cuando MUCAM se trasladó al nuevo sanatorio, se centralizan allí las policlínicas y de acuerdo al número ascendente de socios fue necesario incorporar nuevos cirujanos plásticos, la jefatura tuvo siempre en cuenta de incorporar cirujanos de valía y que cubrieran todas las necesidades de la especialidad, ya que la institución cuenta con un número muy elevados de afiliados que son menores y su tratamiento crea necesidades especiales. A tal fin se fueron incorporando los Dres. Alejandro Baldomir, Roberto Ortiz, Eduardo Echegoyen, Harry Giuria, Adriana Martirena, Inés Palacio, Paola Corsino, Ana Gómez Haedo, N. Cortabarría, M. Machin y Mario Pagano. Al retirarse de la Jefatura en 2018, ambos cirujanos por límite de edad, pudieron decir que dejaron uno de los servicios de cirugía plástica más completos del Uruguay. Con estos integrantes es posible realizar todo tipo de cirugía plástica reparadora y las diferentes subespecialidades en que se

ha dividido a saber: malformaciones congénitas, cirugía oncológica, cirugía de la mano, microcirugía vascular y nerviosa, traumatismos con fracturas de mano y cara, cirugía de las malformaciones cráneo faciales. El equipo que trata este último tipo de patología está dirigido por la neurocirujana Dra. Allys Negrotto y será tratado en otro capítulo.

Los que ejercieron, como fue dicho, desde el comienzo la cirugía plástica en MUCAM deben decir que ese sentimiento de que se trataba de la hermana **menor** de la cirugía general, lo cual es un error tal como lo será demostrado a lo largo de todo este libro, nunca sintieron esa discriminación en esta Institución. Siempre fueron tratados con gran respeto; donde los diferentes Consejos Directivos, Direcciones Técnicas y jefes de cirugía permitieron que la nueva especialidad tomara el lugar que le correspondía. Merece mencionarse la figura del Dr. Raúl Ugarte Artola, que por años fue jefe de cirugía, quien les brindó siempre su apoyo y consideración. El que posteriormente llegó a ser ministro de Salud Pública, hizo sentir su maestría quirúrgica, su personalidad afable, y su palabra justa, dejando su huella en ellos y en la Institución.

Para quienes no vivieron esos momentos de transición, donde una nueva especialidad aparecía, con nuevos cirujanos realizando diferentes tipos de cirugías, en otros lugares no fue aceptado de la misma manera que lo fue en MUCAM. El relato que sigue puede dar una idea como algunos cirujanos veían a la cirugía plástica en esos momentos casi fundacionales.

Un director técnico de una institución mutual, que ejercía la ginecología, en una ocasión al pasar al lado del Dr. Irigaray, le saludó y a continuación le llamó cirujano de “las verrugas”; ante ello, por supuesto que hice enviarle las coordinaciones quirúrgicas de los últimos tres meses, donde no constaba la operación de ninguna verruga. Pero el destino al poco tiempo puso las cosas en su lugar. A los pocos meses del saludo comentado, le consultó el hijo del director técnico, quien presentaba un traumatismo facial, ocasionado en un evento deportivo, el que le había provocado una gran laterorrínea, es decir la nariz se había desviado hacia un costado, presentando además un hundimiento del hueso malar que es el hueso del pómulos. Ese hueso forma el piso de la órbita y con su fractura se produce una pequeña caída del globo ocular, la que conlleva a una diplopía, es decir visión doble, dado que

el ojo caído produce una imagen que no está a la misma altura que la del ojo normal. De esta forma había un problema estético grave en su nariz y en su pómulo, presentando además un problema funcional grave en su visión. El autor decidió operarlo, obteniendo un resultado estético y funcional muy bueno. Falta decir que durante la operación y consultas posteriores siempre el paciente vino acompañado de su madre; quizás el padre comprendió, en su propia familia, que la cirugía plástica tenía su razón de existir y que no era precisamente la de operar las verrugas.

## Capítulo 15

### CIRUGÍA PLÁSTICA EN OTRAS INSTITUCIONES

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

#### CASMU

Esta institución se caracterizó por ser una de las primeras que fueron integradas y dirigidas por médicos, a diferencia de la mayoría que existían en ese momento las que eran administradas por empresarios, los que a su vez se encargaban de contratar a los médicos. En cambio los médicos que dieron origen a CASMU, la mayoría de ellos tenían una raíz gremial, y la intención era fundar una institución que pudiera ofrecer una asistencia médica de calidad, alejándola de la idea empresarial de obtener fines de lucro. Llegamos a conocer a algunos de sus fundadores, quienes eran médicos idealistas convencidos que harían una asistencia médica que sirviera como modelo para mejorar al resto de las instituciones. Se trataba de replicar en una institución privada un nivel técnico de asistencia al estilo del brindado por el Hospital de Clínicas, empleando la forma de organización de una cooperativa de producción sanitaria.

Los practicantes de medicina externos tenían un ingreso a la institución muy sencillo, es decir luego de aprobar el 4º año de medicina,

el estudiante se podía inscribir como tal en CASMU, con la única condición que tenía que figurar en el padrón como socio del Sindicato Médico del Uruguay (SMU). Fue una actitud muy inclusiva y así para la mayoría de los estudiantes de medicina se transformó en uno de los primeros trabajos rentados dentro de la medicina, a la vez que como practicante de zona iba siendo conocido en el barrio, lo que allanaba su futura práctica profesional. Una vez graduado podía continuar como médico de zona, también por libre ingreso.

El propio SMU funcionaba en el edificio principal de la mutualista que era el Sanatorio No. 1 situado en Colonia y Arenal Grande. En un espacio muy amplio y luminoso, funcionaba una cafetería la que se había transformado en el sitio ideal para hablar con amigos y colegas. En una de sus paredes figuraba un enorme mural de 12 m de largo por 6 m de altura, que había sido pintado por el taller Torres García en 1954. Recordamos que también al Taller Torres García le había encomendado Pablo Purriel pintar murales en el Hospital Saint Bois en 1944.

El segundo paso que tenía un estudiante de Medicina para mejorar su ubicación en la institución consistía en acceder a un cargo de practicante interno, denominado “practicante centralizado”. Ese cargo ya contaba con una remuneración mensual fija, y concedía méritos para acceder más adelante, a los cargos médicos. Los practicantes centralizados, como los médicos de urgencia y los pediatras de urgencia, ingresaban por un riguroso concurso de oposición, y sus cargos fueron ocupados muchas veces por personas que luego se destacaron en la vida académica de la Facultad de Medicina, alcanzando el Grado V, como lo fue desde el primer concurso realizado en 1936, al año siguiente de la fundación del CASMU. Todos los cargos de ascenso de la institución se alcanzaban a través de concursos de méritos y oposición. Por todo lo antedicho en el ambiente médico existía una sensación de que quien trabajara en CASMU era como integrar una institución respetada por la población y por los propios médicos y daba prestigio a quienes la integraran. En su momento y con más de 300.000 socios llegó a colocarse como la institución médica más importante del medio.

En cuanto a la cirugía plástica, se conservan escritos del Dr. H. Ardao, realizados a fines de los años 40 en el que decía que CASMU, fue una de las primeras instituciones médicas de asistencia colectiva en contar con guardias diarias de cirujanos plásticos para la atención de



urgencia. También tenemos constancia de que el Dr. Jorge De Vecchi Larralde ingresó a la institución hacia 1950, quien posteriormente fue ascendiendo dentro del servicio hasta llegar al cargo máximo que era el de coordinador general de la cirugía plástica. Los mejores cirujanos plásticos del país estaban en CASMU; salvo contadas excepciones podemos decir que prácticamente todos los cirujanos plásticos uruguayos de aquel momento integraron el servicio de cirugía plástica de la institución. Con el fin de organizar mejor la asistencia, el Dr. Hornblas comenzó a trabajar en la confección de 5 equipos de cirugía plástica, los que estarían integrados cada uno por un jefe GIV, un GIII y un GI, a ellos se les uniría un ayudante quirúrgico que actuaría en las cirugías de coordinación así como para los pacientes tratados en la emergencia. Todos los equipos eran dirigidos por un coordinador general, el que era elegido en una reunión realizada entre todos los GIV, y entre ellos 5 seleccionaban a uno que los dirigiría por el lapso de 2 años. No había ningún cargo Grado V, similar a la Facultad de Medicina, ya que se entendió que todas las especialidades quirúrgicas formaban servicios, los que dependían de un único departamento de cirugía y cuyo jefe el Grado V de cirugía, se transformaba en jefe de todos los servicios quirúrgicos. Los primeros Grado IV, fueron los Dres. Eugenio Bonavita Páez, Germán Möller, Guillermo H. Fossati, Jorge De Vecchi Larralde y Juan J. Hornblas, y entre todos eligieron al primer coordinador general que fue el Dr. J. De Vecchi, cuando el cargo quedó vacante lo sucedió el Dr. J. J. Hornblas, quien desempeñó ese cargo por muchos años. Este nuevo tipo de asistencia trajo consigo enormes ventajas, tanto para los pacientes como para los médicos, al actuar el equipo en forma conjunta, todos sus integrantes daban consulta en los mismos horarios aunque en consultorios vecinos, de manera que ante alguna duda de diagnóstico o procedimiento, se podían realizar interconsultas fácilmente. Se llevaban a cabo en el mismo horario intervenciones quirúrgicas llamadas menores, y se planificaba la coordinación quirúrgica a realizar en la semana siguiente en sala de operaciones. Se actuaba en forma conjunta, en equipo, tal como se trabaja en los hospitales, dejando de lado un tipo de atención individualista. Las policlínicas se situaban en el sub suelo, del edificio de la calle Colonia, un lugar muy pequeño y precario, para pasar más adelante al área del policlínico de la Av. 8 de Octubre. Allí las policlínicas y la sala de operaciones de pequeña cirugía son más espaciosas y confortables.

Hay muchas anécdotas de ese entonces, pero la que el Dr. Irigaray quiere transmitir es lo que sucedía una vez finalizada la atención de policlínica en la calle Colonia. Cuando terminaba la consulta, siempre concurríamos a un pequeño bar ubicado frente a la institución por la calle Arenal Grande. El Dr. Martín Palacio del Val, siempre insistía en tomar un café en conjunto, y si algún integrante estaba apurado decía con su típico acento español de La Rioja, parecido al de Castilla aunque no igual: “Quien no tiene tiempo de tomar un café con un amigo, no sabe vivir”. Cuánta razón tenía Martín, ya que juntos comenzábamos hablando de los pacientes que habíamos asistido, pero siempre terminábamos hablando de la vida y compartíamos tristezas y alegrías de la vida en general. Gracias Martín por esa enseñanza que no está escrita en ningún libro. La institución SMU y CASMU tenían una personería jurídica común desde su fundación. En 1975 fue intervenida por el gobierno cívico militar y lo estuvo por casi diez años, hasta comienzos de 1985. Hubo uno de los interventores, de la época de la dictadura que fue el Dr. Héctor Pollero, que era radiólogo, y colocado a dirigir la institución supo pensar en grande y tuvo el mérito de construir el cómodo y necesario policlínico de la Av. 8 de Octubre, lo que significó una gran mejora para la atención de los pacientes en las policlínicas centralizadas, inaugurado en 1990.

Tiempo después, cuando se inauguró un servicio llamado “Cirugía del Día” todas las cirugías que necesitaran realizarse en el block quirúrgico se operarían en el edificio de la calle Colonia, ya que dicho servicio se instaló en ese sanatorio. Ese servicio trabaja de 8 a 18 horas, por lo que utilizaba solo dos turnos de enfermería. La cirugía del día consiste en ingresar allí a todos los pacientes que serían operados con anestesia localizada o bajo sedación leve, lo que permite que el paciente pueda ser dado de alta el mismo día, luego de la cirugía. Para ello se acondicionó un área que contaba con sillones y camas, para ubicar a los pacientes de acuerdo al tipo de anestesia que recibiría. Estaba integrado por varias enfermeras y licenciadas o nurses. Para contar con un servicio de estas características, el paciente debe tener algunas condiciones tales como no tener patologías asociadas que puedan complicar la operación, no debe ser un paciente del interior, y debe tener posibilidades de buena comunicación, ya que una nurse se contactará con él una o dos veces posteriores al alta para conocer su estado de salud. La ventaja para la institución es obvia, no es necesario ocupar una

cama de internación sanatorial por un paciente que será dado de alta rápidamente. En caso contrario, de ingresar un paciente a una cama sanatorial aunque fuera dado de alta el mismo día es posible que no se pudiera volver a utilizar ese día dado las tareas de limpieza que se exigen para internar otro paciente.

Fue de esta institución de la que el Dr. Irigaray guarda uno de los recuerdos más inolvidables y que fue uno de los hitos de la cirugía plástica en Uruguay. El 23 de diciembre de 1979, se le convocó al servicio de emergencia para asistir al Sr. C. C. Dicho paciente trabajaba en una parrillada y al tratar de cortar un trozo de lechón, se cortó también el dedo pulgar. Mientras algunos amigos trasladaban al paciente hacia el sanatorio de la Av. 8 de Octubre, uno de los hijos concurrió a la parrillada y rescató el dedo que continuaba todavía allí sobre la tabla de trozar. El joven no tenía idea si finalmente se podría recolocar. Irigaray acababa de llegar de Japón donde se había especializado en microcirugía vascular reparadora. Técnicamente había una única manera de reimplantar el dedo que era colocando el hueso en su sitio, suturar los tendones para lograr la movilidad posterior, pero fundamentalmente hay que volver a unir las arterias y venas cortadas por el cuchillo, para que de esa forma le volviera a llegar la circulación sanguínea que sería lo que lo mantendría con vida. Se tuvo que traer todos los instrumentos e hilos de sutura ya que esa operación no se había realizado nunca antes ni en CASMU, ni en el país. Se formó un equipo quirúrgico con la Dra. Dalila Cuadra como anestésista y la Sra. Cristina Pandolfo como instrumentista, trabajaron toda la noche y finalizaron en la mañana del 24 de diciembre. El reimplante fue exitoso y el paciente posteriormente pudo reintegrarse a su trabajo.

## RECORDANDO CIRUJANOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA

DAISY PERI VIDAL

Una tarde de los primeros días del mes de junio del año 2020, recibí una llamada del Dr. Alberto Irigaray que me sorprendió mucho.

Se trataba de escribir anécdotas o recuerdos en general, de algún cirujano destacado de la Asociación Española.

En realidad sería muy injusta hablar de alguien en particular cuando siento que cada uno de los cirujanos que ayudé quirúrgicamente, me dejaron un recuerdo, una huella, algo por lo que recordarlos siempre y tenerlos presentes en mi carrera profesional.

**Dr. Hyalmar Seoane, Dr. Galileo Lépore.** Con ellos trabajé mucho tiempo y compartí tardes enteras de trabajo profesional por años. También debo mencionar al Dr. Martín Palacios del Val, que si bien no tuve oportunidad de conocerlo en profundidad, era figura conocida y querida en la Institución. Lo mismo vale para el Dr. Andrés Cayafa. Puntualmente con el Dr. Galileo Lépore establecí un vínculo profesional y familiar estrecho por muchos años hasta su fallecimiento, el cual lamenté mucho.

A continuación hay dos personas que quiero destacar, el Profesor Marcos Colombo y el Dr. Guido H. Negrín.

**Dr. Marcos Colombo** Ayudé durante muchos años al Dr. Marcos Colombo. Teníamos largas coordinaciones quirúrgicas en la tarde de los jueves. Operábamos entre quince a dieciséis pacientes por tarde.

Era un hombre inteligente y sagaz. Siempre con una sonrisa en la cara, aun cuando se enojaba por algún motivo inherente a su actividad, jamás se expresaba en forma brusca ni agresiva.

Comenzábamos la tarde operando manos, túneles carpianos o manos con secuelas artrósicas o artríticas, luego seguíamos con los tumores de piel o alguna malformación congénita, patología en la que Colombo se especializaba. Mientras que Colombo terminaba la cirugía y realizaba la curación, yo preparaba al siguiente paciente con un

bloqueo del nervio mediano a nivel axilar si el mismo era una mano a operar. Éramos unas máquinas trabajando!

Puedo decir que verlo trabajar era un placer, yo pensaba que la cirugía plástica en sus manos era muy fácil!

Rápido y muy seguro. Nada resultaba dificultoso para él.

Era un cirujano que trabajaba con mucha habilidad manual, quizás sus mayores rasgos eran esos, la rapidez y la seguridad.

Físicamente era un hombre fuerte, de baja estatura, pelo gris ya raleando y con unas manos pequeñas que no decían lo que podían lograr durante la cirugía. Usaba el gorro quirúrgico encajado hasta las cejas! Característica inconfundible de su presencia.

Fue Profesor Grado IV en la cátedra de cirugía plástica del profesor J. Hornblas en el Hospital de Clínicas.

Trabajó en el Hospital Militar y en el Sanatorio Canzani, junto con el Profesor Hornblas, donde trataban pacientes con patologías congénitas.

Es, por esta formación suya que todo niño fisurado que nacía en la Asociación Española, lo llamaban a él. Siempre decía: “pero si yo no estoy de guardia, porque me llaman a mi”. Era el que más sabía de patología congénita en la institución. Siempre los atendía, con amor, con deferencia y con profesionalismo, nunca se negó a operarlos; por otra parte, enseñaba al mismo tiempo que operaba, y lo hacía muy bien.

Tenía mucha experiencia también en mano artrósica o artrítica, tratando las secuelas con resultados estupendos.

Falleció el 2 de setiembre de 2015. Lamentablemente no pude contactarme con ningún familiar para recoger más información de su vida y su carrera. Solo puedo decir que dejó buena formación a sus alumnos y un sentimiento de seguridad durante el acto quirúrgico que aún lo tengo presente.

## **Dr. Guido Héctor Negrín**

A los pocos días de llamarme el Dr. Alberto Irigaray, decido comenzar a buscar antecedentes de su vida en internet. Llamo telefónicamente a la dirección correspondiente a su domicilio e increíblemente me atiende su hija, Anabella. Ella no vive más allí desde la ausencia de sus padres.

Esta llamada, coincidentemente, fue el día 4 de junio de 2020, el mismo día de 1916 en que había nacido su padre.

Esto me permitió obtener algún elemento más de su vida que pudiera aportar a este recordatorio.

En realidad su familia, colegas y amigos con los que contacté no me suministraron mucha información sobre su trayectoria por lo que no me fue nada fácil escribir estas líneas. Se trataba de un individuo muy reservado y las personas con las que me contacté transmitían mucho afecto hacia el Dr. Negrín, pero no conocían detalles de su vida.

Nació como dije el 4 de junio de 1916 en Tarariras, departamento de Colonia y murió el 25 de mayo de 2007 en Montevideo.

Físicamente era un hombre alto, de un metro noventa aproximadamente, cabello cano, abundante, piel blanca, delgado, con abdomen algo prominente.

Era muy reservado, de poca sonrisa, en raras oportunidades hablaba de su vida privada, por lo que cada una de las personas que trabajamos con él no pudimos aportar más que alguna anécdota.

El **Dr. Federico Carter**, ayudante de él, en el Hospital Militar, y ocasionalmente en la Asociación Española, amigo de la familia, relataba que en las reuniones sociales, casi no hablaba y sí, se dedicaba a tomar fotografías de la reunión todo el tiempo, quizás como forma de escapar a la obligación de sociabilizarse.

Cuando yo lo conocí, era el jefe del servicio de cirugía plástica de la Asociación Española. En ese momento, se había quedado sin su ayudante por lo que decidí ofrecerme a ocupar ese rol. Tuve mucho temor a ser rechazada, dado que lo conocía muy poco y su imagen siempre daba una sensación de distanciamiento y respeto que atemorizaba. Luego conociéndolo más, me di cuenta que su característica era

ser muy reservado, pero muy amable y educado en el trato personal. Técnicamente era muy seguro al tener que enfrentar una cirugía compleja o poner límites a una situación particular.

Por muchos años lo ayudé los viernes en la tarde. No operaba más de cinco pacientes por vez. Llegaba al block quirúrgico y se dirigía directamente a la sala de operaciones adjudicada. Allí colocaba su material quirúrgico (que siempre traía con él) en una mezcla de alcohol-éter, lo dejaba media hora esterilizándose y luego se comenzaba la cirugía. Nunca se nos infectó un paciente!

Lo recuerdo sentado en una esquina de la sala, con los brazos cruzados mientras se esterilizaba el material sin conversar con nadie.

Marcaba la piel con una mezcla de azul de metileno, alcohol y violeta de genciana que había desarrollado él mismo. Lo hacía preparar en el laboratorio Buyo, de la Asociación Española, hoy en día inexistente. Luego yo perdí la receta y lamentablemente no la puede recuperar.

Recuerdo verlo operar el tumor de lóbulo anterior de parótida en forma espectacular. Comenzaba descubriendo el nervio facial en su emergencia del cráneo, por el peñasco y lo seguía en su trayecto por la parótida. Era extremadamente meticuloso y conocedor de la anatomía a la perfección.

Trabajó en el Hospital Militar, donde desarrolló mucha experiencia en heridas por armas de fuego en cara.

Fue alumno del Profesor Pedro Larghero, destacado cirujano general en la historia del Uruguay, que formó excelsos alumnos y estableció una escuela de cirugía.

Para Larghero, el Dr. Negrín fue un colaborador excepcional en el que confió plenamente y con el que desarrolló numerosos trabajos experimentales.

Fue el Profesor Larghero que lo envió a la Argentina, más precisamente a Buenos Aires, a completar su formación como cirujano plástico.

Es en 1973 que Guido Negrín crea en el Hospital Militar un equipo conformado por el servicio de cirugía plástica y el servicio de cirugía buco máxilo facial.

El mismo estuvo integrado por los Cirujanos Plásticos Cap. Guido Negrín, Cap. Marcos Colombo y por los Cirujanos Odontólogos Cap. Miguel Banchieri y Tte. 2º Mario Scarrone, donde el Dr. Negrín era el jefe.

Es allí donde desarrolla importante experiencia sobre todo en heridas por armas de fuego en cara.

Durante la elaboración de este recordatorio, su hija Anabella me puso en contacto con el Dr. Mario Scarrone, cirujano máxilo facial.

El Dr. Scarrone recuerda muy bien al Dr. Negrín, si bien es mucho más joven que él.

Me refirió una anécdota que lo describe bien. Una tarde, estando trabajando en el servicio creado en el Hospital Militar, el Dr. Negrín lo manda llamar en forma urgente.

Cuando llega a la sala, se encuentra con un paciente joven, sentado, en actitud un tanto abatida y el Dr. Negrín caminando por la habitación, furioso.

Este chico había sido operado en varias oportunidades por una herida de cara severa ante dos intentos sucesivos de auto eliminación.

El enojo era porque había efectuado otro intento de auto eliminación con otra herida en la cara. Se había destruido la nariz. Negrín llamaba a Scarrone para preguntarle si “había traído un arma para enseñarle al paciente a no errarle en el disparo”. Por supuesto no era una solicitud real sino para compartir con su colega el enojo y la frustración por el acto reiterado, luego de tantos esfuerzos por lograr repararlo.

Finalmente renuncia durante el proceso dictatorial a su cargo en el Hospital Militar.

Realizó muchos trabajos científicos: “Orientaciones actuales en el tratamiento de las lesiones de los gruesos troncos arteriales, los sustitutos de arterias” con P. Larghero; “Adiastolía Manual Aguda” Congreso de Cirugía 1954; “Reacciones Cardiovasculares a las maniobras operatorias en la cirugía cardiaca” con P. Larghero; “Síndrome de isquemia aguda de un miembro inferior por un hematoma intraparietal disecante íleo femoral”; “Injertos y substitutos de aorta abdominal”, trabajo experimental.



Desarrolló experiencia sobre la úlcera de Marjolin, de la que me hablaba reiteradamente y me obsequió una copia de su trabajo.

Formó parte de la Sociedad de Cirugía Plástica junto con el Dr. Héctor Ardao, (Cirujano general, maestro de la Cirugía Reparadora en el Uruguay y organizador del Primer Congreso Uruguayo de Cirugía en 1950); Dr. Luis Bado; Dr. Enrique Apolo; Dr. Eugenio Bonavita; Dr. Jorge De Vecchi Larralde; Dr. Guillermo H. Fossati; Dr. Jaime Grünberg; Dr. German Möller; Dr. Javier Pietropinto; Dr. Enrique Alba, entre otros.

Generación de brillantes cirujanos que dejaron escuela quirúrgica en el Uruguay.

El Dr. Guido Negrín fue padre de tres hijos, Hugo, Graciela y Anabella.

Dejo en mis recuerdos lo mejor de su persona como individuo y como profesional.

Todos mis maestros en la Asociación Española fueron importantes para mí, cada uno de ellos me dejaron algo, en su modo de proceder profesional, sus técnicas quirúrgicas habituales, su carácter, su personalidad, sus anécdotas personales, en fin, todos están presentes cuando uno se pone a recordar el pasado. No quiero ser injusta en haber recordado más a uno que a otro, pero también tiene que ver cómo uno vive las relaciones interpersonales.

Desde ya gracias al Dr. Alberto Irigaray por darme la oportunidad de revivir estos momentos.



## Capítulo 16

### CENTRO NACIONAL DE QUEMADOS (CENAQUE)

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

En los relatos escritos acerca de este Centro se lee constantemente, que fue inaugurado en 1994; a este hecho irrefutable le falta contar la historia del camino recorrido para llegar a este final feliz y quiénes fueron los que lo recorrieron.

La idea de la construcción de un Centro de Quemados había surgido unos 35 años antes y la historia de esos 35 años es lo que queremos exponer aquí ya que esos hechos no están relatados en ningún lugar. En los archivos históricos del Hospital de Clínicas, donde se van relatando los momentos más importantes, desde el punto de vista histórico, se hacen menciones a varias reuniones celebradas entre las autoridades del Hospital y delegaciones que concurrían en representación de la Sociedad de Cirugía Plástica. Aún en otros ámbitos también se abordaba ese tema; el Dr. Irigaray concurrió en representación del Hospital Pasteur a varias reuniones convocadas en la Dirección Nacional de Bomberos, con presencia de representantes de la Facultad de Medicina, del MSP y de Bomberos, donde se trazaban estrategias

y elaboraban informes para que las autoridades nacionales pudieran abordar la construcción de un Centro de Quemados.

En el Uruguay, existía una clara influencia de los Centros de Quemados construidos en Buenos Aires y en algunas provincias argentinas, todas estas construcciones tenían un impulsor extraordinario detrás, se trataba del Prof. Fortunato Benaim. Como veremos más adelante, Benaim se transformó en el impulsor de la creación de los Centros de Quemados en toda América Latina.

Hasta ese momento los quemados que dependían del MSP, se internaban en salas generales de servicios quirúrgicos generales, de 12 a 14 camas. Sólo en algunos servicios de cirugía existía alguna cama con un régimen de semi aislamiento, donde se internaban los pacientes quemados graves. Casi no existían CTI, pero aun así, dado que el paciente quemado se transformaba con el correr de los días en un paciente infectado, difícilmente se le internara en lugares especiales, ya que al poco tiempo **todo** el servicio estaría infectado con el microbio que portara ese paciente quemado. Por aquel tiempo, podríamos decir que un paciente quemado importante o gran quemado, tenía un pronóstico de 100% de mortalidad. Para que desde ya se tome conciencia de la importancia de tener un Centro de Quemados actualizado y moderno, como el que cuenta Uruguay, en esos Centros la tasa de mortalidad ronda el 15%, por lo que el 85% de los quemados internados logra salvar su vida.

En los casos de los pacientes quemados sucede, al igual que en los politraumatizados, cualquier ciudadano puede verse envuelto en una situación de esas características, en cualquier momento del día. Alcanza con que una garrafa esté mal conectada, o exista una pequeña pérdida de gas, o también sucedan los tan frecuentes cortocircuitos eléctricos, para que comience un incendio de proporciones del cual a veces es difícil escapar. Así que debe agradecerse de contar con un Centro de estas características en Uruguay, ya que en caso necesario salvará la vida a cada uno de quien atravesase tan penosa circunstancia.

El CENAQUE es único, y a través del Fondo Nacional de Recursos está disponible su financiamiento para toda la población.

Como fue dicho, el centro de quemados de Buenos Aires se había transformado en el modelo a seguir. Varios cirujanos plásticos de Uru-

guay habían concurrido para observar las instalaciones y los tratamientos que allí se realizaban; entre ellos recordamos a los Dres. Guillermo H. Fossati, Juan J. Hornblas, Martín Palacio del Val, Enrique Pera Erro y Raúl Villagrán.

Nos faltaba un Benaim uruguayo, es decir un cirujano comprometido con la obra y que golpeará todas las puertas en que había que llamar, y si fuera necesario, golpearlas más de una vez, hasta lograr el objetivo. Esa persona llegó y se llamó Dr. Juan Jacobo Hornblas. Comenzó exponiendo en reuniones en el Hospital de Clínicas por 1966, desplegando el proyecto; más de veinticinco años después, por 1990, hablando con el Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Eduardo Touyá, quien inmediatamente se puso a su favor; luego con el Ministerio de Salud Pública, con el Ministerio de Economía y Finanzas, y con el Rector de la Universidad, que es de quien depende el Hospital de Clínicas. Contando con el respaldo del Dr. Fortunato Benaim y luego de concurrir en algunas oportunidades a Francia, el proyecto avanzó y se consiguió un lugar en el Hospital de Clínicas, se hicieron los planos, se realizó la construcción y se consiguió el equipamiento. Superando una multitud de obstáculos, a todo nivel. Pero tan importante como lo anterior, fue generar un convenio entre el MSP y la UDELAR, para pasar además a formar parte como Centro de Referencia Nacional a integrarse a los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), en este caso público, financiado por el Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Alguno de los lectores, llegando hasta aquí, imaginará que ese Centro lleva el nombre de su mentor y creador, pero **no lo lleva**. Son esas cosas que cuesta entender, la falta de reconocimiento a este pionero. Pero sin la presencia del Dr. Hornblas ese Centro se estaría por construir, y tanto los lectores, sus familias y amigos, como los autores mismos, tendrían una mortalidad del 100% si sufrieran una quemadura importante.

Inaugurado en 1994 se inició con una visión de realizar un tratamiento multidisciplinario al paciente quemado. Para ello se integró con médicos intensivistas, cirujanos plásticos, anestesiólogos, psiquiatra, asistente social, fisioterapeutas, licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio, y personal administrativo, llegando a un total de 250 funcionarios. Según sus propias estadísticas, la aten-

ción se ha dividido casi en partes iguales entre pacientes del sector público y del sector privado, y la mayoría de los asistidos han tenido una edad entre 30 y 45 años.

Existe un protocolo para aceptar el ingreso de los pacientes al Centro, ya que deben tener quemaduras importantes como para requerir una asistencia tan especializada.

La clasificación de las quemaduras, para que sea sencillo de entender, se basa en el porcentaje de la superficie corporal que está quemada y también el grado de profundidad en la piel que el agente quemante produjo. La profundidad puede ser leve, como una quemadura solar, o por un líquido caliente, hasta tomar todo el espesor de la piel, como pueden ocasionar: el fuego directo, un agente químico o una quemadura eléctrica. Además de estos parámetros hay que tener en cuenta ciertas zonas especiales que agravan las quemaduras. Por ejemplo, las quemaduras en la cara pueden producir compromiso en las vías aéreas que son muy graves. También se deberá tener en cuenta el humo, que se produce durante los incendios y su inhalación puede producir alteraciones tan graves como las propias quemaduras.

En momentos en que el Dr. Alfredo Solari era Ministro de Salud Pública y el Dr. Álvaro Harretche ejercía la Dirección del Fondo Nacional de Recursos, consideraron pertinente realizar una auditoría a los centros de quemados de adultos autorizados en ese momento que eran dos, CENAQUE y el de la Asociación Española. La designación como primer auditor recayó en el Dr. Alberto Irigaray. El autor concurrió en múltiples oportunidades a ambos centros, y constató que el número importante de funcionarios hacía que los costos de atención fueran elevados, en aquellos momentos la atención rondaba los 2.000 dólares americanos por día. Por ello se ajustaron los protocolos de ingreso, ya que un déficit financiero importante de estos centros desfinanciaría también al Fondo Nacional de Recursos. Como se verá, se trató de diferencias administrativas, pero siempre valorando el esfuerzo realizado para llevar a cabo la magnífica obra que demandó la construcción de CENAQUE.

## LOS REALIZADORES

ANTONIO L. TURNES

### **JUAN JACOBO HORNBLAS GELBTRUNK (1934 – 2011)** <sup>36</sup>

Nacido el 28 de enero de 1934.  
Graduado en marzo de 1961.

Fue Practicante Externo por Concurso de Oposición y Practicante Interno por el mismo sistema, obteniendo el primer puesto.

Jefe de Clínica Cirugía General – Concurso de Oposición y Méritos: Servicio profesores Del Campo y Ardao.

Obtuvo el título de Cirujano General por la Escuela de Graduados.

Fue Cirujano General de Guardia (Suplente por llamado aspirantes) Servicio Emergencia Hospital de Clínicas.

Obtuvo el Título Cirujano Plástico por la misma Escuela de Graduados.

Profesor Adjunto Cirujano (I) Plástico del Departamento de Emergencia Hospital de Clínicas 1973-1977 por llamado aspirantes.

Cirujano Plástico MSP por Concurso Oposición y Méritos.

Profesor Director de la Cátedra de Cirugía Plástica y Quemados, por Concurso de Méritos 1980 confirmado 1986 hasta 1999, sucediendo en la Cátedra al Prof. Dr. Jorge De Vecchi Larralde, siendo por tanto el segundo profesor de esa Clínica y contribuyendo a la formación de muchas generaciones de cirujanos plásticos.



---

36      TURNES, Antonio L.: Héctor Ardao, op. cit., p. 325.

Con Jorge De Vecchi Larralde había colaborado durante muchos años en la práctica privada, sin duda una de sus mayores fuentes de rica experiencia.

Creador Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), cuya iniciativa planteó tempranamente por el año 1965. Después de décadas de luchar con toda clase de obstáculos, pudo finalmente lograr la fundación del CENAQUE, para lo que debió realizarse la remodelación pisos 13 y 12 (ala Este) Hospital de Clínicas (inaugurado 15/7/1995), luego de un prolongado tiempo de reformas que siguió paso a paso con férrea voluntad y claros conceptos.

Por estímulo de Ardao hizo un largo entrenamiento en el Centro Nacional del Quemado, dirigido por Fortunato Benaím en la ciudad de Buenos Aires, otro de los grandes inspiradores de toda su trayectoria.

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Departamento de Malformaciones Congénitas del BPS 1980 sin retiro.

Cirujano Plástico CASMU (1965) y Jefe del Departamento de Cirugía Plástica del CASMU 1980-2002.

Autor de trabajos científicos publicados en Uruguay y en el extranjero.

Falleció en Montevideo, el 16 de noviembre de 2011, a los 77 años.

## **FORTUNATO BENAİM (1919) UN AUTÉNTICO AMIGO DE LOS MÉDICOS URUGUAYOS**

Fortunato Benaim nació en Mercedes (Provincia de Buenos Aires) el 18 de octubre de 1919. Cursó sus estudios primarios y secundarios en su ciudad natal, egresando como Bachiller del Colegio Nacional Florentino Ameghino. En 1946 se graduó de Médico en la Facultad de Medicina de la UBA y en el año 1952, al presentar su tesis “Fisiopatología y Tratamiento de las Quemaduras. Resultados obtenidos con el Injerto de Piel” obtuvo el título de doctor en Medicina. Fue director por concurso del Instituto de Quemados (1956 – 1984), fundador y Director Médico de la Fundación que lleva su nombre (1981 hasta la fecha). Director del CEPAQ (Centro de Excelencia para la Asistencia de Quemaduras) que



la Fundación instaló en el Hospital Alemán de Buenos Aires (1997 hasta la fecha).<sup>37</sup>

Actividad Docente: Profesor Honorario de Cirugía de la UBA; Profesor Consulto en Cirugía Plástica de la USAL; director de la Diplomatura “Medicina del Quemado”; Vice Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; Miembro del Consejo Académico y Consejo Superior de la UCES.



Actividad Académica: Académico de Número en el Sitial No. 13 de la Academia Nacional de Medicina; Académico Correspondiente de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba, Académico Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay, Miembro Honorario de la Academia de Cirugía de México y de la Academia Fluminense de Medicina (Brasil). Es presidente y Miembro Honorario de la Academia Argentina de Cirugía; presidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (2008); Fundador, presidente, Miembro Honorario y Cirujano Plástico Maestro de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y Cirujano Maestro de la de la Asociación Argentina de Cirugía y Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba. Maestro de la Facultad de Medicina de la USAL y Maestro de la Medicina (Prensa Médica Argentina, 1996).

Recibió múltiples Premios nacionales e internacionales, y numerosas Distinciones recibidas de Gobiernos e instituciones. Miembro Honorario de las Sociedades de Cirugía Plástica y Quemados de latino América, Estados Unidos de Norte América y España.

Autor de capítulos de libros, libros y artículos que sirvieron para transmitir el conocimiento fundamentalmente sobre la atención al paciente quemado.

37 BENAIM, Fortunato: 60 AÑOS DEDICADOS A LA Medicina del Quemado. Recuerdos autobiográficos y aportes científicos. Fundación OSDE, 1ª. Edición, 1ª. Reimpresión. Buenos Aires, 2010, 416 p; 15,5 x 22,5 cm. ISBN 978-987-9358-40-5. Ejemplar dedicado por Fortunato Benaim a Antonio L. Turnes, el 26 de octubre de 2011.

Muchos fueron los médicos uruguayos, cirujanos plásticos o cirujanos generales, que recibieron su formación en el área de quemados en el Instituto que dirigió en Buenos Aires el Profesor Fortunato Benaim, por lo cual la Academia Nacional de Medicina le tributó sentido homenaje en Montevideo en 2013, designándolo Miembro Correspondiente.

En octubre de 2020, la Fundación Benaim difundió, con motivo del 101 cumpleaños del Profesor, su decálogo, que es una ineludible referencia ética:<sup>38</sup>

Decálogo de frases y pensamientos del Dr. Benaim:

1. Nunca cansarse de volver a empezar.
2. No ser benévolo con la autocrítica
3. Tener proyectos y realizarlos, debe ser un permanente objetivo.
4. Si hay vocación, se aprovecha la oportunidad, se agrega esfuerzo y dedicación continua; el reconocimiento será el resultado.
5. Comenzar las actividades a la hora programada para no castigar a los puntuales.
6. Cumplir con las obligaciones, sin tener en cuenta lo que los demás no hacen.
7. Fijarse un objetivo y mantener el rumbo sin desvíos hasta lograrlo.
8. Lealtad, honestidad y culto a la verdad, debe ser el trípode de sustentación de la acción diaria.
9. No justificar los errores propios adjudicándolos a terceros.
10. La permanente exigencia en el proceder personal es el único camino para perfeccionar los resultados.

---

38 <http://www.fundacionbenaim.org.ar/cumpleanos-101-del-dr-fortunato-benaim/>

## Capítulo 17

### LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN NIÑOS

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

La Cirugía Plástica en niños se realizó en tres centros a nivel público; dos de ellos continúan en actividad y el restante fue cerrado. En el Hospital Pereira Rossell cuyo primer módulo pediátrico, como fue mencionado, se inauguró en 1908, y que continúa con su atención hasta el presente. En el Hospital “Dr. Pedro Visca”, que tomó ese nombre a partir de su inauguración en 1922, hasta que hacia 1983, realizando una reestructura de los servicios de salud, este Hospital fue cerrado en forma definitiva. Por último el tercer gran centro de atención pediátrica pública estuvo bajo la supervisión del **Banco de Previsión Social (BPS)**, el que tomó a su costo, como se verá en las páginas siguientes, la atención y tratamiento de las malformaciones congénitas, entre otros tantos servicios que ofrece el BPS a la comunidad.

### LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS DEL SIGLO XX

#### **Hospital Pereira-Rossell**

El Hospital Pereira Rossell fue inaugurado en febrero de 1908, como un Hospital de Niños, donde se instaló la Clínica que dirigía el Prof.

Luis Morquio (1867 – 1935). Allí en construcciones precarias continuó la atención médica y quirúrgica de los niños, dentro de las limitaciones de la época. En 1915 se inauguró en el mismo amplio predio la Casa de la Maternidad, y posteriormente los pabellones de Clínica Ginecológica. Debe recordarse al Dr. Prudencio de Pena (1875 – 1937) que fue el primer cirujano pediátrico, que habiendo sido designado como primer profesor, falleció antes de asumir dicho cargo, no obstante los casi treinta años que había trabajado previamente junto a Morquio. La atención de la cirugía plástica reconstructiva, como la del niño quemado, no estaban allí diferenciadas de los demás pacientes.

### **El hospital “Dr. Pedro Visca”**

En 1922 se inaugura el Hospital “Dr. Pedro Visca”, el segundo hospital pediátrico. Se rindió de esta forma un homenaje a un médico muy meritorio que vivió entre los años 1840 y 1912, quien realizó todos sus estudios en París, doctorándose en 1870 y siendo el primer Maestro de Clínica Médica en Uruguay.

Estaba ubicado frente a lo que era el Asilo de Huérfanos y Expósitos “Dámaso Antonio Larrañaga”, en la calle Gonzalo Ramírez, entre Juan D. Jackson y Eduardo Acevedo. En el espacio que luego se destinó al Hospital, funcionaba antes la Enfermería del Asilo, donde trabajó Luis Morquio desde la última década del siglo XIX. También había allí un servicio de cirugía pediátrica, a cargo del Dr. José René Martirené (1868 – 1961), formado en París junto al cirujano Édouard Francis Kirmisson (1848 – 1927), quien luego, al ser designado Presidente de la Asistencia Pública Nacional, que se ocupaba de administrar la red hospitalaria pública del país, fue alejándose en los hechos del ejercicio cotidiano de la disciplina, siendo complementado por otros cirujanos. Tampoco allí había área diferenciada para la atención de cirugía reconstructiva o la atención de quemados. Sin embargo, asistía regularmente el Dr. Enrique Apolo, que solucionaba – de manera itinerante, con su valijita a cuestas - los problemas de la malformación congénita conocida como labio leporino o fisura palatina. Algún tiempo, por fines de los años 60, concurrió por tres años el Dr. Guillermo H. Fossati, y también trabajaron allí los cirujanos plásticos Dres. Jorge De Vecchi Larralde y Óscar Inzaurrealde. De Vecchi había concursado por un cargo titular en

el Hospital Pereira Rossell, pero como se verá más abajo, recibió este otro destino.

En cuanto a los comienzos de la cirugía plástica en ese hospital, nos tenemos que guiar por Turnes, que en su libro sobre Ardao, éste escribe acerca de la pionera labor de Enrique Apolo. Allí se puede leer que Apolo, desde su regreso al Uruguay en 1934, había tomado para él, la responsabilidad de operar a los niños con labios fisurados, tipo labio leporino, de todo el país. Por ello Ardao decía que por momentos en el hospital Pedro Visca había niños fisurados que ya eran casi adolescentes y nadie se había encargado de su recuperación. Allí concurría Apolo, con el fin de operar a niños que en ocasiones pasaban años esperando la cirugía reparadora.

Luego de Apolo, viene el concurso obtenido por el Dr. De Vecchi Larralde, por un cargo de cirujano plástico para el hospital Pereira Rossell, como ya se explica en este capítulo, a raíz del atraso en darle la toma de posesión en el cargo obtenido por concurso, cuando el MSP le ofreció al Dr. De Vecchi Larralde la posibilidad de ejercer el cargo obtenido para el hospital Pereira Rossell, pasar a cumplirlo en el hospital “Dr. Pedro Visca”. De esa forma pasó De Vecchi a realizar las cirugías que anteriormente realizaba el Dr. Apolo. A su vez, cuando el Dr. De Vecchi falleció, el cargo pasó a desempeñarlo el Dr. Oscar Inzaurrealde, quien continuaría hasta el cierre definitivo del hospital.

Este hospital fue clausurado en 1983 y sus servicios, tanto del MSP como de la Facultad de Medicina, pasaron a radicarse en el Hospital Pediátrico “Pereira Rossell”. El edificio fue ulteriormente destinado a la Facultad de Ciencias Económicas y Administración, en tanto que el predio que antes ocupó el Asilo, es la moderna sede de la Facultad de Ciencias de la Comunicación.

## **CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO**

La Cirugía Plástica se desarrolló en la Clínica Quirúrgica Pediátrica del Hospital Pereira Rossell, y en un pequeño centro para atención de los niños quemados. Los cirujanos que trabajaban en dicho Centro, por momentos lo hacían bajo la supervisión de la Clínica Pediátrica aunque en otras ocasiones lo realizaban de manera bastante indepen-

diente. También se efectuaban operaciones de cirugía plástica en el instituto de Ortopedia y Traumatología Infantil instalado también en este Hospital, pero en una planta física distante e independiente de la Clínica Quirúrgica y es lo que en su momento se conoció como la **Cruzada del Dr. Caritat**, desarrollada particularmente a propósito de la epidemia de poliomielitis de 1954 – 1955.

## 1. La cirugía plástica en la clínica de niños

Nuestra retrospectiva alcanza hasta el momento en el cual el Prof. de la Clínica de Cirugía Infantil era el Dr. Ricardo B. Yannicelli. Según cuenta el Dr. Guillermo H. Fossati, que en ese momento era practicante interno de dicha Clínica, el Dr. José Pedro Cibils Puig, era quien realizaba, en ese entonces, las operaciones de cirugía plástica sobre todo las malformaciones del labio o paladar, conocida como fisura de labio o labio y paladar, también llamado labio leporino. Por esa época hay cirujanos que recuerdan al Dr. Rúben Ardao concurriendo a esta Clínica para realizar algún tipo de cirugía. Al mismo tiempo, el Dr. Cibils asistía a los niños quemados. Con ese fin se había acondicionado un pequeño sector para atender a los niños quemados, el mismo se localizaba en un piso diferente donde se alojaba la Clínica Quirúrgica.

Con el retiro del Prof. Yannicelli, se nombró como Prof. Director de la Clínica al Dr. Walter Taibo Canale, quedando como Profesores Agregados los Dres. Gonzalo Maquieira, Oscar Chavarría y Orestes Sbarbaro.

Cuando el Dr. Cibils Puig se retiró, y en mérito a la gran amistad que tenía el Prof. Taibo con el Dr. Germán Möller, éste pasó a realizar con su equipo toda la cirugía reparadora de la Clínica Quirúrgica. Una vez que cesó el profesorado el Dr. Taibo, se nombró como nuevo Profesor al Dr. Oscar Chavarría incorporándose al grupo de profesores agregados la Dra. Juana Wettstein. La cirugía de los malformados se fue espaciando y fue tomando impulso el envío de esos niños al servicio de malformados a cargo del BPS. Sin embargo, hasta el presente, hay niños que presentan ese tipo de malformación de labio o paladar que en ocasiones continúan interviniéndose en la sala de operaciones de la clínica quirúrgica. Esas operaciones las realizaban generalmente los mismos cirujanos que operaban en el servicio del BPS, los que tenían

amplia experiencia. Debe señalarse que Ricardo B. Yannicelli trabajó muchos años, como cirujano pediátrico, en el servicio de Asignaciones Familiares, predecesor del BPS, por lo cual había una comunidad de comunicación con los demás profesionales que allí asistían. Aunque hay que tener en cuenta que al hacerse más importante un tratamiento multidisciplinario del niño malformado, y sobre todo en los casos de fisura labio palatina, se hizo imprescindible para realizar un buen tratamiento, contar con ortodoncistas, foniatras y en ocasiones psicólogos; todo ello lo ofreció en mejores condiciones el servicio del BPS.

## **2. Atención al niño quemado y a las consultas de emergencia**

La atención a los niños quemados, se realizaba en ese pequeño Centro de Quemados que constaba de una sala de operaciones y una sala de internación con 2 camas. Ese sector desde la época del Prof. R. Yannicelli, estaba a cargo, como fue dicho, del Dr. José Pedro Cibils Puig, al que más adelante se le uniría el Dr. Willy Patocchi. La atención a los niños quemados por parte de ambos profesionales se realizó durante varios años. En determinado momento el MSP creyó conveniente otorgar un cargo de cirujano plástico para el Hospital Pereira Rossell, el que sería adjudicado mediante la realización de un concurso. El tribunal actuante le otorgó el cargo al Dr. Jorge De Vecchi Larralde, sin embargo cuando éste se presentó ante la Dirección del Hospital, con el fin de comenzar a ejercer el cargo obtenido, constató que había mucha dilación en realizar su nombramiento. De esa manera surgió un convencimiento general de que los Dres. Cibils y Patocchi, a través de personas conocidas, se habían encargado de dilatar la adjudicación del cargo obtenido por De Vecchi. Finalmente se le planteó a éste y con el fin de solucionar el diferendo, si estaría dispuesto a ejercer el cargo en el Hospital “Dr. Pedro Visca”. De Vecchi terminó aceptando el cambio de hospital y comenzó a trabajar en el Hospital “Dr. Pedro Visca”.

Años más tarde cuando el Dr. Cibils Puig falleció, y el Dr. Patocchi pasó a ejercer otro cargo público, la atención de los quemados quedó acéfala. En ese momento el Prof. Taibo ofreció ese cargo a algunos cirujanos, aunque finalmente la designación recayó en la Dra. Marisabel Ramírez. Una vez que asumió sus funciones hizo una evaluación del estado de la pequeña planta física en la que trabajaría, encontrando en

ese momento una sala de operaciones con muy poco equipamiento, y la sala de internación de dos camas, tenía muchas carencias. Lentamente fue logrando el equipamiento necesario como para regularizar la asistencia a los niños quemados.

En cuanto a la atención de la emergencia pediátrica, la misma carecía totalmente de especialistas de cirugía plástica de guardia, de modo que cuando había un niño traumatizado en la sala de emergencia, se comenzaba a contactar telefónicamente a una lista de cirujanos para conocer de ese modo, si algún cirujano o practicante interno de la clínica quirúrgica estaba dispuesto a realizar la atención. Por supuesto que esa atención era totalmente honoraria. Suponemos que en muchas oportunidades ante la ausencia de cirujano plástico, el cirujano general tuvo que ser el encargado de solucionar el problema. El Dr Guillermo H. Fossati siempre contaba con cuántas privaciones de hilos de sutura e instrumental quirúrgico tenía que realizar las cirugías de urgencia en ese hospital. Por ese entonces y debido a ese faltante de material especializado de cirugía plástica, ya se estilaba que fuera el propio cirujano plástico que anduviera con sus instrumentos transportados en valijas de mano. Tan popular era que los cirujanos plásticos anduvieran por los hospitales y sanatorios transportando sus instrumentos que había un dicho muy popular entre los cirujanos generales, quienes decían que “cuando veas a alguien que viene con tres valijas, el que viene es De Vecchi”. Esa era la fama que tenía De Vecchi Larralde por transportar una enorme cantidad de instrumentos a los lugares donde realizaría sus cirugías. Recordamos perfectamente que el símbolo del cirujano plástico en esos tiempos, era comprarse la cuchilla graduable para obtener injertos de piel, ya que ningún Hospital o Institución tenía una. (No eran los únicos especialistas que debían aportar su instrumental y llevarlo de un sitio a otro. Lo mismo ocurría con los anesthesiólogos).

Tal era la necesidad de que hubieran cirujanos plásticos de guardia en el hospital, que el Dr. Bacigalupi, cuando era Director General del MSP, le sugirió al Dr. Irigaray nombrarlo con el cargo del cirujano plástico de guardia pediátrica, lo que incluía atender las emergencias del hospital Pereira Rossell y del hospital “Dr. Pedro Visca”. Cargo que era totalmente imposible de cumplir, porque era y es absolutamente impracticable ejercer un cargo de esa responsabilidad de manera indefinida en el tiempo; era un cargo sin posibilidad de descanso. El ofreci-



miento no fue aceptado, pero la semilla de los argumentos como para presupuestar cargos rentados de guardia pediátrica, germinaría más tarde. De esa forma se continuaba recurriendo a cirujanos honorarios de una lista que integraban entre otros la propia Dra. Ramírez, y los Dres. Andrés Cayafa y Mario Arcos.

Es interesante conocer que a los fines de las emergencias en las puertas de cualquier institución, las especialidades quirúrgicas se dividían en especialidades de **alta** demanda, es decir muy solicitadas, como son la cirugía general, la traumatología y la cirugía plástica. Así como las especialidades de **baja** demanda como la urología, la cirugía de tórax, o neurocirugía. Siendo la cirugía plástica una especialidad de **alta** demanda, no es difícil imaginar que alguna madre con un niño que tuviera un traumatismo de mano, una fractura de nariz o lesiones similares, se quejara ante la demora o la ausencia de la atención. De esa forma el Dr. Guillermo H. Fossati, a solicitud de la Dra. Ramírez, hizo un llamamiento entre los cirujanos plásticos del hospital Pasteur, acerca de quiénes estarían dispuestos a formar un equipo de cirujanos plásticos que actuarían como cirujanos de guardia con 24 horas de duración para atender las urgencias del hospital Pereira Rossell. Los cirujanos plásticos que formaron la primera guardia pediátrica de emergencia, todos asistían al hospital Pasteur. Por lo que es mérito de ese servicio el haber formado una nueva generación de cirujanos plásticos que rápidamente estaban prestando servicios a la comunidad. Ellos fueron los Dres. Marta Calcagno, Miguel Machín, Juan Araujo, Gonzalo Fossati, y Álvaro Barreiro, quienes comenzaron sus funciones hacia 1988. A criterio de este autor, este hecho fue un gran paso adelante para la atención del niño traumatizado. Este tipo de guardias fue el comienzo para solucionar las urgencias en pediatría, aunque efectivo, fue bastante transitorio, ya que como se verá más adelante, con la inauguración de UNQUER, o Unidad del Niño Quemado y Reparadora, las guardias de cirujanos plásticos pasaron a cumplirse en forma presencial en el hospital en lugar de que el cirujano realizara la guardia en forma externa y que concurriera ante una solicitud telefónica. Este tipo de atención de la emergencia de niños continúa hasta el momento actual.

## **CENTRO DE QUEMADOS UNIQUER**

Ideado inicialmente como un proyecto para presentar en la Universidad ORT, con el fin de obtener el título que la autorizara a ejercer la “Dirección de Servicios de Salud”, la Dra. Marisabel Ramírez una vez aprobado el proyecto en la ORT, y luego de realizar algunos ajustes, decidió presentarlo ante las autoridades del MSP. El proyecto fue avanzando en el ámbito del MSP, por la necesidad que existía de brindar una correcta atención al niño quemado, tal como se brindaba al adulto quemado por parte del CENAQUE.

El proyecto inicial estaba realizado por la Dra. Marisabel Ramírez y el Dr. Raúl Larraburu y fue presentado inicialmente en 1997. Preveía el nombramiento de siete cirujanos plásticos, que cumplirían una guardia interna de 24 horas semanales, más dos horas de policlínica y cuatro horas de cirugías. Además, para lograr una atención de excelencia se nombraban cinco licenciadas en enfermería, veinte auxiliares de enfermería, más cuatro auxiliares de servicio, pediatras, fisioterapeutas, psiquiatra, asistente social y una ecónoma.

El 1º de Julio de 1999, con la firma del ministro de Salud Pública, Dr. Raúl Bustos, se habilitó a UNIQUER como Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE), bajo la Dirección Técnica de la Dra. Marisabel Ramírez.

De esta forma, como se dijo anteriormente, las guardias de cirujanos plásticos pasaron a realizarse internamente las 24 horas en el hospital, lo que fue un gran avance para la asistencia tanto del niño quemado como de los niños traumatizados.

Se produjeron lentamente nuevas incorporaciones al grupo inicial de cirujanos, entre ellas se destacan la de las Dras. María Cerizola, Beatriz Manaro, e Inés Palacio. La Dra. Marisabel Ramírez se jubiló en 2014. Desde esa fecha y hasta el año 2016, la jefatura fue ejercida por el Dr. Gonzalo Fossati Avilés, que había ingresado como cirujano de guardia, quien decide renunciar a partir de ese año, ante lo cual se hace un llamado a concurso para ocupar esa jefatura y el tribunal decide nombrar a la Dra. Beatriz Manaro para desempeñar ese cargo, que continúa hasta el momento actual.



## **ATENCIÓN MÉDICA ACARGO DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL (BPS)**

Según lo escrito por el Dr. Jorge Parodi Bernardi en la publicación *“La Democracia digital»*, donde dice acerca del Sanatorio Pacheco ubicado en la Avda. Agraciada 2981, que había sido fundado y dirigido por el Dr. Melchor Pacheco González, así como el Sanatorio Canzani, ubicado en la calle Martín García, lleva el nombre del Dr. Alfredo Canzani (1888-1951), quien había sido el director de la clínica obstétrica que funcionaba desde 1930 en el hospital Pasteur y fue trasladada en 1970 al hospital Pereira Rossell. Tanto el sanatorio Pacheco como el Canzani, a mediados del siglo pasado pasaron de la esfera de los sanatorios privados a convertirse en las dos unidades de internación de lo que inicialmente se llamó, Consejo Central de Asignaciones Familiares, para posteriormente formar parte de una Dirección creada hacia los años 80, que pretendía unificar a todos los organismos vinculados con la seguridad social, y que pasó a llamarse Dirección General de la Seguridad Social. Ambos sanatorios requerían de inversiones importantes, por lo que se decidió cerrar el sanatorio Pacheco con fines de

internación, para transformarlo en un centro de policlínicas y apoyo diagnóstico. Mientras que se recuperó al sanatorio Canzani convirtiéndolo en una Unidad de perinatología a impulsos del Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP), que es un organismo dependiente de la Organización Panamericana de la Salud. Eran en ese entonces los llamados centros materno infantiles de Asignaciones Familiares. Ya en ese tiempo el área de la salud tenía un departamento especializado en la atención de las malformaciones congénitas integrado por referentes nacionales de la cirugía plástica.

En la actualidad esta sección del BPS brinda algunas prestaciones que pasará brevemente a detallarse, ya que la población no está enterada de este tipo de servicio que es de capital importancia y resulta interesante difundir.

Actualmente se denominan Centros de Promoción Social y de Salud (CPSS). La atención que brinda el BPS en el país es muy importante e incluye a toda la población. Su actividad se divide en tres grandes áreas: 1. Pesquisa neonatal, esta pesquisa se realiza en forma universal a todos los recién nacidos, y es gratuita y obligatoria. Se realiza mediante extracción de sangre del talón del niño, luego de 40 horas de vida y antes del alta del lugar donde se encuentre. Con esa sangre se investigan signos de hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística y otras 24 enfermedades del metabolismo.

2. Medicina embrio-fetal y perinatal, con estudios periódicos de todo el tiempo del embarazo.

3. En el punto tres es donde aparecen los servicios ofrecidos que incluyen la cirugía plástica, se trata de la llamada Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, transformándose en un centro de referencia nacional de defectos congénitos y enfermedades raras, (CRENADECER). Con ello se busca mejorar la calidad de vida, de las personas con defectos congénitos y enfermedades raras, ofreciendo también atención odontológica y ortodoncia. Este centro funciona en el sanatorio Canzani desde 2016, bajo la dirección técnica de ASSE. Se trata de un centro de referencia nacional de defectos congénitos y enfermedades raras que incluyen a la epidermólisis ampollar, errores innatos del metabolismo, mielomeningocele, fibrosis quística, malformaciones maxilofaciales, y enfermedades denominadas raras. **La cobertura da derecho a una**

## **atención gratuita, exámenes paraclínicos, medicación, cirugía e internación.**

Hay ciertas condiciones para el acceso a esta cobertura, pero en general, como fue mencionado, esta asistencia tiene carácter universal para todo niño que posea la cédula de identidad uruguaya, sea de la esfera pública o privada.

Los cirujanos plásticos han llegado a operar desde patologías frecuentes, como son las alteraciones del labio, pero también otras menos frecuentes pero muy estigmatizantes, como son las alteraciones congénitas en las manos, alteración del brazo y de las mamas en las niñas, llamado síndrome de Poland, apertura congénita de la columna vertebral o mielomeningocele, y alteraciones máxilo-faciales y cráneo faciales. También, aunque menos frecuentemente, se han operado malformaciones de orejas, llegando a las graves alteraciones como la falta de orejas o microtias. En ocasiones se han tratado alteraciones de las vías urinarias y aún se han utilizado métodos muy modernos como son el alargamiento del maxilar inferior mediante el llamado procedimiento de distracción ósea.

En cuanto a los cirujanos plásticos, se recuerda al Dr. Enrique Apolo, como uno de los primeros en brindar asistencia a los pacientes malformados, sobre todo, en su especialidad que eran las alteraciones labio palatinas. Más adelante, ante la ausencia de Apolo, el encargado de realizar la cirugía de los malformados fue el Dr. De Vecchi Larralde, para pasar, posteriormente a su fallecimiento a la formación de dos equipos quirúrgicos, uno de ellos era dirigido por el Prof. Juan J. Hornblas, integrado además por el Dr. Carlos Breinfeld y la Dra. Ángeles Casinasco, mientras que el otro equipo estaba dirigido por el Dr. Marcos Colombo acompañado de los Dres. Galileo Lépore y Jackeline Ramos. En casos especiales concurrían al hospital Español a realizar ciertas intervenciones. En el momento actual, ante el retiro de muchos de los cirujanos nombrados, los cirujanos principales son los Dres. Inés Palacios, Álvaro Chifflet, Raquel Di'Estéfano y la Dra. Morales. En caso de las malformaciones cráneo máxilo faciales, interviene el único equipo existente en el Uruguay para el tratamiento de este tipo de pacientes. El mismo está conformado por la Dra. Allys Negrotto como neurocirujana, y los Dres. Jorge De Vecchi Gutiérrez y Héctor Juri, como cirujanos plásticos.

## **CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA INFANTIL**

Quien comenzó a asistir a alguna consulta muy específica en relación a las alteraciones del miembro superior, derivados de trastornos que se producen en el momento del parto, sobre todo en la llamada mano espástica, fue el mismo equipo que actuaba en la clínica de niños dirigido por el Dr. Germán Möller, y para este tipo de cirugía de la mano era acompañado por el Dr. Juan Vanerio, quien había realizado cursos de especialización en Francia. Una vez retirado el Dr. Möller, el Dr. Vanerio continuó efectuando este tipo de cirugías en este servicio.

En casos muy esporádicos, pero que eran muy dramáticos, cuando se trataba de lesiones de los nervios del brazo, ya sea por estiramiento o arrancamiento llamado, como ya se ha visto, lesiones del plexo braquial, se convocaba al único equipo de microcirugía infantil, que estaba integrado por los Dres. Enrique Fossati y Alberto Irigaray.

Este tipo de lesiones derivadas del trabajo y proceso del parto, han ido disminuyendo, en la medida que ha aumentado el número de cesáreas, ya que se trata de evitar los partos que pueden llamarse complicados.

## **CÁTEDRA DE CIRUGÍA PLÁSTICA INFANTIL Y PERSPECTIVAS FUTURAS**

En numerosos países, existen cátedras de cirugía plástica infantil, la que se encarga de otorgar el título de especialista correspondiente. En Uruguay se aprecia como muy difícil que se pueda llevar a cabo, dado que la asistencia a los pacientes está dispersa en por lo menos cuatro lugares diferentes, los que a su vez están a cargo de distintos profesionales. En lo referente a la cirugía plástica no existe el gran hospital de niños que concentre toda la actividad de la cirugía plástica infantil.

Hay que destacar, una vez más, la asistencia que ofrece a través de sus diferentes servicios el BPS. De allí la movilización popular que se realizó cuando en 2016 se vislumbró el posible cierre del sanatorio Canzani.

En cuanto al futuro creemos que el tratamiento de las lesiones traumáticas, las heridas, las fracturas, las quemaduras, continuarán en el tiempo y deberán ser asistidas con prontitud y conocimientos. Sin embargo, los autores consideran que con el avance de los conocimientos, sobre todo en el área de la genética, las malformaciones congénitas poco a poco desaparecerán y serán solo un recuerdo, lo mismo que ha ocurrido con la poliomielitis o la amputación de un miembro a causa de una herida infectada. De tal modo, esa ansiedad que tienen todas las madres acerca de si su hijo es portador de una malformación congénita, desaparecerá.

### ENRIQUE APOLO PINTOS (1897 – 1969)

Nació en Cerro Largo y se formó en la escuela rural, siendo de los fundadores del Liceo de la ciudad de Melo. Graduado en nuestra Facultad de Medicina en 1932, se inclina por la Otorrinolaringología, incorporándose a la Clínica del Profesor Dr. Justo Marcelo Alonso. En 1934 viaja a Europa y narrará luego a Guillermo H. Fossati su trayectoria allí.<sup>39</sup>



Empecé a interesarme por el problema de los fisurados en 1935, durante mi estadía en la Clínica de Otorrinolaringología del Profesor von Eiken, en “La Charité” de Berlín. En los intervalos de trabajo, concurría a la Clínica del Profesor Axhausen (cirugía dentaria, bucal y facial), que quedaba al lado. Allí vi operar muchos fisurados. Como en nuestro país nadie se dedicaba especialmente a ese problema, decidí estudiarlo. En el Servicio del Profesor Axhausen se seguían en general las directivas de Veau, el cirujano de mayor experiencia en la cirugía del fisurado en aquel tiempo. Luego conocí al profesor Franz Ernst, ilustre estomatólogo de Bonn, que dirigía una clínica de maxilares en Berlín. Ernst empleaba en el tratamiento de

39 FOSSATI, Guillermo H.: Enrique Apolo (1896 – 1969). En Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III, 2006, 600 páginas. Fernando Mañé Garzón y Antonio L. Turnes (Editores), pp. 286 – 290.

las fisuras palatinas un método propio, quirúrgico ortopédico, que consideraba superior a todos los demás y con el cual obtenía muy buenos resultados anatómicos y funcionales. Luego estuve en Viena, con Franz Eitner, al cual vi hacer implantes de marfil en las rinoplastias. Después estuve tres meses en la Clínica de Veau en París. A mediados de 1936 regresé a mi país y empecé a hacer esta cirugía en el Servicio del Dr. Juan Carlos Munyo, en el Hospital Pereira Rossell. Trabajamos allí en muy malas condiciones: no disponíamos de anestesia general, de instrumental adecuado, de suficientes ayudantes ni de personal adiestrado. En 1938 hicimos la primera comunicación sobre el tema con el Dr. Álvarez Grau. En 1946 nos incorporamos al Centro de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública dirigido por el Profesor Héctor Ardao.

Se convirtió a su retorno en un cirujano “itinerante” de hospital en hospital, de Servicio en Servicio, con su valija de instrumental, buscando niños fisurados (que a casi nadie interesaban) para operar. Al conocerse los resultados que Apolo lograba su carácter de “itinerante” se convirtió en “invitado”. Contagió su entusiasmo a otros otorrinolaringólogos, acercándolos al mundo de esa Cirugía Plástica; entre otros a Mario Rius, Jaime Sala López, Raúl Pietra y Alberto Santoro. En junio de 1940 ese grupo, integrado totalmente por ORL tomó la representación nacional en la creación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica, en San Pablo, Brasil. La primera Comisión Nacional en nuestro país en la novel Sociedad fueron los Dres. Apolo y Pedemonte.

En 1957 se funda la Sociedad Uruguaya de Cirugía Plástica, con sus estatutos redactados por Pedro Víctor Pedemonte, Enrique Apolo y Héctor A. Ardao, siendo el acta de fundación firmada por los Dres. Pedemonte (traumatólogo), E. Apolo y J. Sala López (otorrinolaringólogos), Jorge Ferrer (oftalmólogo), Héctor Ardao, Ruben Ardao, Jorge De Vecchi, Guillermo H. Fossati, Irene Juñen y Carlos Ferratti (Cirujanos generales). El primer presidente de la nueva sociedad fue Apolo (1959), seguido en los años siguientes por Pedemonte (1958), Jorge De Vecchi (1959), G. H. Fossati (1960), para volver Apolo, en 1961, a ocupar nuevamente la presidencia.

Falleció a los 73 años.



## Capítulo 18

# CIRUGÍA DE LA MANO

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

### PROCESO HISTÓRICO

Si bien en la Historia se han encontrado cultos a diferentes partes del cuerpo humano, hay una especial tendencia a expresar que las manos han tenido siempre connotaciones religiosas. Ello se ha demostrado en las pinturas de las manos en cuevas de la Patagonia argentina, pinturas que datan de 1500 a 7500 AC. En Egipto también han aparecido pinturas resaltando figuras de las manos que tienen unos 4000 años de antigüedad.

El comienzo del tratamiento de las lesiones de la mano, en líneas generales, se ha expuesto en el capítulo de la Historia de la Cirugía Plástica, aunque aquí enfatizaremos las ideas dirigidas al tratamiento de las lesiones de la mano y del miembro superior.

Desde la más remota antigüedad se hicieron tratamientos para las fracturas y luxaciones (pérdida de lugar de los huesos en las zonas articulares). En Grecia, para las fracturas de los huesos del brazo y de

la mano, el tratamiento consistía en una alineación de los huesos fracturados, y el uso de férulas con vendajes para mantenerlos fijos en esa posición por un tiempo. Del mismo modo se trataban las luxaciones, donde se buscaba reponer los huesos en su lugar y se trataba de mantenerlos en la posición correcta por un tiempo, mediante el empleo de férulas.

En la medicina árabe se hablaba de amputaciones cuando las extremidades tenían aspecto de infecciones graves o necrosadas. Luego de la amputación se procedía a cauterizar su extremo ya que generalmente quedaba sangrando; entonces, para detener la hemorragia, se procedía a la aplicación de un hierro candente o aceite hirviendo. También se hablaba de la alineación de las fracturas y el uso de férulas para la inmovilización posterior. Se realizaba asimismo el tratamiento de las luxaciones.

Mucho más adelante, cuando aparecieron los primeros anatomistas se comenzaron a individualizar los primeros músculos de los brazos y manos lo que permitió comprender el funcionamiento de los mismos. Con los estudios de Harvey en Inglaterra, que explicó la circulación sanguínea, se entendió al fin la importancia de las arterias y las venas en la circulación de la sangre y que ésta en todo momento tiene sus vías para trasladarse, aunque en algunos sitios muy distales el diámetro de esas pequeñas arteriolas fuera microscópico; pero quedó claro que nunca está libre dentro del cuerpo, tal como sostenía hasta ese tiempo la teoría de los humores. Como ya vimos, con Ambrosio Paré en Francia (1509-1590), la cirugía tuvo un cambio tan importante que los conceptos por él propuestos se mantienen hasta el día de hoy. Paré era un individuo de los llamados cirujanos-barberos, casi sin cultura, no sabía griego ni latín. Pero utilizando el sentido común, hizo aportes geniales a la cirugía. Luego de un accidente o de una amputación en lugar de cauterizar las partes sangrantes procedió, utilizando los conceptos de Harvey sobre las arterias, procedía a buscar las arterias y venas de donde procedía la sangre y los ligaba. De esa forma el sangrado se detenía. Utilizando la ligadura de los vasos sangrantes, procedió a describir la evolución de los pacientes empleando este método comparándolo con el método tradicional de la cauterización, allí constató que los pacientes evolucionaban mucho mejor utilizando el nuevo procedimiento por él ideado. Al no cauterizar la zona sangrante, se evitaba el

dolor que ésta producía y tampoco aparecían grandes infecciones, que normalmente se producían debajo de las costras. Sus escritos están en francés, que era su lengua natal, saliendo pues de los escritos clásicos que utilizaban el latín o el griego. Su figura se hizo tan popular que lo tuvieron que recibir en la Escuela de Medicina. Su inteligencia lo llevó a diseñar una mano protésica para los amputados, así como a diagramó nuevas férulas para inmovilizar fracturas y luxaciones.

Debemos recordar el famoso cuadro pintado por Rembrandt (1609-1669) titulado “La lección de Anatomía”, en el que se puede observar al maestro disecando un antebrazo, a fin de mostrar los tendones a sus alumnos. Todos están vestidos con ropa de calle, y alguno hasta con su sombrero puesto; además resalta que se toca el cadáver con las manos sin protección alguna.

Von Gräfe en Alemania ideó prótesis de manos con dedos móviles a través de tirantes construidos de cintas de intestino de animales.

El Barón Dominique Jean Larrey (1760-1842), de quien ya se habló, quien fuera el Jefe Médico-Quirúrgico de los Ejércitos de Napoleón, y designado por el Dr. Ríos Bruno como el inventor de las emergencias móviles, realizaba en el campo de batalla el tratamiento de las heridas y las amputaciones cuando consideraba que eran necesarias. Con ese método reducía la mortandad en las tropas, ya que de no hacerlo, los soldados morirían desangrados o infectados. En esa época en la que no existía la anestesia, era una virtud practicar las cirugías en corto tiempo; por lo que, según Guillermo H. Fossati decía, que Larrey era capaz de realizar una amputación de un miembro en menos de un minuto. Quizás hay algo de leyenda en esa aseveración, pero influyó mucho en las ideas que ciertos cirujanos de comienzos del siglo XX sostenían y llevaban a la práctica en Uruguay. Personalmente, el autor llegó a conocer cirujanos que consideraban una gran virtud quirúrgica la rapidez en el tiempo de su operación. Llegó a realizar ayudantías quirúrgicas a un cirujano que realizaba operaciones complejas en alrededor de una hora. Aunque con la anestesia que ya se practicaba bien en aquél momento, no había necesidad alguna de apurarse, sin embargo ese cirujano lo llevaba en sus genes. Pero los resultados hablaban de otra forma, ya que al saltarse ciertos tiempos quirúrgicos, el resultado final no siempre era bueno. Más adelante ese concepto cambió para bien de la cirugía y de

los pacientes. El maestro de cirugía estética del autor, el Prof. José Juri, de Buenos Aires, solía decir:

”La velocidad consiste en **no** realizar los tiempos quirúrgicos dos veces”,

hay que avanzar en las operaciones con total seguridad y no tener que repetir lo que ya se hizo. Aunque en ciertas oportunidades esta frase tiene excepciones, en el capítulo de microcirugía se relata una anécdota imperdible de uno de los pioneros en esa técnica el Prof. Kiyonori Harii, de Japón.

El Barón G. Dupuytren (1777-1835) hizo una descripción memorable de una alteración que lleva su nombre, que consiste en la retracción lenta hacia la palma de la mano de los dedos cuarto y quinto de una o de ambas manos.

En 1838 E. Ziss publicó un libro sobre “Cirugía de la mano, en Cirugía Plástica”. Weber en 1870 describió en Alemania un test para estudiar la sensibilidad de los dedos y la mano que tiene vigencia hasta el presente y se sigue utilizando.

En 1832 Pacini describió unos pequeños corpúsculos que están en la parte palmar de los dedos y mano, ellos son los encargados de dar a la mano esa sensibilidad tan especial, ya que podemos distinguir objetos aún con los ojos cerrados. Ese tipo de sensibilidad en la mano tanto, al dolor, a la rugosidad y al calor, es la mejor de todo el cuerpo humano, seguido por la sensibilidad de los labios.

Un paso trascendente para realizar diagnósticos más precisos de las alteraciones de los nervios periféricos y músculos, fueron los estudios de Guillaume Duchenne en 1867, con la estimulación eléctrica de los músculos de los brazos, dando nacimiento a los estudios eléctricos de los músculos y nervios, los que, aunque muy mejorados, tienen gran importancia hasta el momento actual.

Waller, describe su degeneración walleriana, que es la que presenta un nervio periférico al ser seccionado; la parte más alejada del cuerpo o sea la parte distal al corte, en el nervio desaparece el contenido es decir su parte interior, quedando la parte externa intacta, como tubos vacíos, mientras que desde la parte que quedó próxima al cuerpo comienzan a crecer los axones para que de esa forma, si logran reconectarse con el

nervio cortado que está vacío, los axones crecerán en su interior dando de esa forma la posibilidad de la regeneración de la función nerviosa perdida. En esa época se describen las suturas de los nervios y tendones.

Se comienzan a realizar comunicados de enfermedades dependientes de problemas arteriales en las manos, como son las enfermedades de Raynaud y Volkman. En 1895 De Quervain comienza a describir las enfermedades de las vainas de los tendones, conocidas como tenosinovitis.

En 1900 Nicoladoni intentó realizar una transferencia de un dedo gordo del pie a la mano. Para ello empleó el método conocido como colgajo cruzado. El que conllevaba varios procedimientos quirúrgicos sucesivos y adoptar posiciones muy incómodas antes del pasaje del dedo hacia la mano. La transferencia de dedos del pie a la mano se realiza en la actualidad empleando métodos de microcirugía, realizándose la misma en un solo acto quirúrgico y con mayor seguridad en el resultado.

En 1900 Esmarch, describió el empleo de una banda hemostática que se colocaba alrededor del brazo durante el tiempo quirúrgico, con el fin de realizar una compresión de los vasos y permitir de esa forma una cirugía en la mano totalmente limpia y sin sangrado. Bunnel, autor que veremos a continuación, siempre decía que era indispensable operar las manos con un campo totalmente sin sangre y hacía la siguiente comparación. “a ningún relojero se le ocurriría arreglar un reloj si está sumergido en un recipiente con tinta”. Con ello quería resaltar que era indispensable la buena visión del cirujano en las operaciones de la mano. Con esa venda elástica aplicada en la parte alta del brazo se logra un campo operatorio exangüe ya que se comprimen tanto las arterias como las venas es, la circulación vuelve una vez retirada esa venda elástica.

Sudeck e Iselin describen una patología que persigue hasta el presente a los cirujanos de la mano.

Esta patología, es la llamada neuroalgodistrofia o distrofia simpática refleja, que tiene también más de 40 nombres diferentes para describir la misma enfermedad. De esto se desprende que, si bien se conocen los principales signos y síntomas, se desconoce con cabalidad la causa que

la origina, por lo que no se puede prevenir y no tiene un tratamiento sencillo ni efectivo. Se trata de una enfermedad que aparece en un paciente que ha sido operado recientemente de una patología de la mano; luego de la operación no logra entender o realizar los movimientos necesarios para obtener una recuperación inmediata. La mano queda fría, con poca movilidad, por momentos sudorosa, y con dolor. Las causas se desconocen, pero en muchos casos se debe a un aumento de la sensibilidad al dolor al mover la mano en el posoperatorio inmediato y a dejar la mano cada vez más quieta, lo que produce a su vez, mucho más dolor al mover las articulaciones que están casi rígidas. Esta situación en su etapa más grave es poco común, pero cuando aparece desanima al cirujano ya que es difícil de comprender cómo otros cientos de pacientes ya operados de la misma patología y realizados los mismos procedimientos, unos se recuperan correctamente, pero en este caso no se logra motivar al paciente a movilizar su mano para recuperarse. El autor ha visto, aunque muy pocos, casos de pacientes que quedan con manos rígidas o poco funcionales luego de una cirugía no muy traumática. De allí que el tratamiento incluya como parte fundamental la fisioterapia, y al psiquiatra.

En 1913, se describe por primera vez la compresión de los nervios periféricos cuando pasan por túneles rígidos formados por huesos y ligamentos. Esta primera descripción se realizó en una de las cirugías más frecuentes de nuestra época, que es el llamado síndrome del túnel carpiano, el que se produce en el pasaje de un nervio muy importante de la mano que es el nervio llamado mediano, por el canal del carpo, que se forma para que puedan pasar los tendones, el nervio y la arteria desde el antebrazo a la mano.

**Sterling Bunnel** (1882-1957) publicó su libro “Cirugía de la mano”, que se transformó en el libro básico sobre este tipo de cirugía, y transformó a su autor como el cirujano más importante en la historia de la cirugía de la mano. Más adelante se realizaron numerosas ediciones, las que fueron actualizadas por el Dr. Boyes, por lo que algunos médicos conocen al libro como de Bunnel-Boyes, teniendo siempre el mismo título. Se tradujo a numerosos idiomas. Bunnel era cirujano general y al comienzo de la Segunda Guerra Mundial, le solicitaron que instruyera a los cirujanos de las Fuerzas Armadas de USA, sobre la cirugía de la mano. Al ganar experiencia en este tipo de cirugía,

Bunnel en 1956, recomienda realizar una movilización activa de las manos a las tres semanas de cualquier cirugía, a fin de lograr una buena recuperación. Insistía de esta forma en la importancia de la fisioterapia postoperatoria temprana.

Desde 1954 Marc Iselin impartía cursos acerca de la cirugía de la mano en Nanterre, Francia. A ese centro concurrió nuestro compatriota el Dr. Álvaro Barreiro para lograr una especialización.

En 1958, tratando de que la movilización posoperatoria se realizara tan rápido como fuera posible, Kleinert comienza a realizar mediante el uso de férulas con elásticos, movilización pasiva de los tendones operados.

Claude Verdan en Lausana hace un relato muy amargo acerca de la cirugía de los tendones diciendo: "que no recuerda haber visto un solo buen resultado en la cirugía de los tendones que flexionan los dedos". Por ello crea una Fundación y una Clínica dedicada a la cirugía de la mano denominada Clínica de Longaraie, con la cual piensa en mejorar los resultados de este tipo de cirugía. En esa Clínica de Lausana era donde trabajó el Prof. Algimantas Narakas, quien fue pionero en la cirugía de los nervios periféricos y sobre todo de los nervios que van al brazo y a la mano, llamado plexo braquial, que se forma en el cuello con los grandes nervios que salen de la columna cervical y dorsal alta. En esa clínica se formaron y especializaron en cirugía de la mano numerosos cirujanos sudamericanos y fue allí donde uno de los autores conoció al Prof. Narakas

Debemos recordar también a William Littler, cirujano de Nueva York que además de preconizar la importancia de la movilización precoz de la mano posterior a una cirugía, sobre todo si ésta incluye a los tendones flexores, fue innovador en instrumentos quirúrgicos para emplear en la cirugía de la mano.

En 1946, 35 cirujanos norteamericanos, la mayoría de ellos con pasado como cirujanos plásticos, fundan la Sociedad Americana de la Cirugía de la Mano. (ASSH).

En 1964 se crea el llamado GEM, en Francia, Grupo de Estudio de la Mano. El 2 de diciembre de 1965 se fundó en Lima, Perú la Sociedad Sudamericana de la cirugía de la mano, siendo su primer presidente el

Prof. Eduardo Zancolli de Argentina. En 1969 se fundó la Sociedad Británica de cirugía de la mano.

En Uruguay, se fundó la Sociedad de Cirugía y Medicina de la Mano, con la intención de integrar a los fisiatras y fisioterapeutas a esta Sociedad, idea que dio sus frutos ya que las reuniones se realizaban con una numerosa concurrencia.

En nuestro medio no existe, como en numerosos países, un Curso de Posgraduado **exclusivamente** para obtener el título de especialista en este tipo de cirugía, y por ello se plantea la pregunta de ¿quién debería realizar la cirugía de la mano? Para contestar esta pregunta nos remitimos a lo propuesto en otro de los capítulos de esta obra, aunque el autor considere conveniente expresar su opinión nuevamente, ya que este tipo de cirugía puede ser realizada hasta por cuatro especialistas de diferentes orígenes. Cirujanos generales, cirujanos plásticos, neurocirujanos, y traumatólogos son los que pueden disputarse la exclusividad en el tratamiento de las patologías de la mano.

Quien quiera realizar algún tipo de cirugía altamente especializada, no solo la de la mano, tendría que cumplir con los siguientes requisitos:

1. Debe tener conocimientos suficientes como para realizar correctamente el diagnóstico de la patología a la que se enfrenta.
2. Debe saber descartar otros diagnósticos parecidos, en medicina se llama diagnósticos diferenciales, que son casi similares y hay que saber cómo elegir el diagnóstico correcto y descartar los otros.
3. Para realizar el proceso anteriormente expuesto, debe conocer todos los procedimientos clínicos o de laboratorio que le permitan afirmar el diagnóstico.
4. Debe conocer todos los posibles tratamientos médicos y quirúrgicos que permitan la curación de la enfermedad. También debe conocer los procedimientos que no tienen tanto efecto curativo, pero que su empleo es más llevadero a personas de edad o con algún problema de salud previa. Hay un proverbio en medicina que dice: "Lo mejor es enemigo de lo bueno". Esto quiere decir que el médico debe tener criterio para saber elegir lo mejor y cuándo elegir lo bueno, ya que en determinados pacientes elegir lo mejor puede llevar a una catástrofe.



5. Un hecho muy importante, y que generalmente se subestima, es que se debe conocer a cabalidad cómo se realiza el tratamiento de todas las complicaciones que es posible que se produzcan. Acá no cabe operar un paciente y llamar a otro cirujano para que resuelva una complicación que era previsible.

El hecho de que la cobertura de la piel es muy importante en la cirugía de la mano, llevó a que en muchos países fuesen los cirujanos plásticos los que se encargaran de esta cirugía. La cobertura de la piel es trascendente, sobre todo en el dorso de la mano, ya que en esa zona la piel es muy delgada y el tejido que está por debajo, también es escaso y allí están presentes gran cantidad de tendones que no pueden quedar expuestos, ya que se corre el riesgo de que se produzca su necrosis con la pérdida de la función correspondiente.

Sin embargo, en las lesiones traumáticas graves donde aparecen fracturas en los huesos del puño o parte baja del antebrazo, la actuación del traumatólogo se impone. Por ello en algunos países son los traumatólogos y ortopedistas los encargados del tratamiento integral de la mano. Por lo tanto, en determinadas circunstancias el cirujano plástico que se proponga hacer este tipo de cirugía debe saber realizar el tratamiento de las fracturas del puño, metacarpianos y falanges; lo mismo que el traumatólogo, si desea realizar esta cirugía deberá conocer las técnicas de reparación de los tendones, nervios y cobertura cutánea.

Con el advenimiento de la microcirugía se pudo realizar tratamientos antes inalcanzables, reimplantes, trasplantes, transferencias de dedos, transformando este tipo de cirugía en operaciones de rutina.

**Por lo expuesto la cirugía de la mano debe considerarse una especialidad.**

Al equipo quirúrgico se fueron uniendo piezas indispensables para realizar un tratamiento integral, como son los ya nombrados médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales así como psiquiatras y psicólogos.

Los nuevos trabajos que emplean equipos de computación durante las 8 horas de trabajo, han requerido de especialistas para enseñar las posiciones corporales correctas frente a la computadora, así como el uso del ratón, y la posición de los antebrazos y piernas. Las industrias

que exigen movimientos repetitivos durante muchas horas a sus funcionarios también llevan a generar patologías con el tiempo, de modo que se deben prevenir.

Las patologías son tan frecuentes y variadas que el autor ha tenido que enfrentar pacientes con dolores en las manos de personas que son ejecutantes de instrumentos de música de primer nivel y que no saben hacer otra cosa que no sea la música, área en la cual son ampliamente reconocidos. Este problema de los grandes concertistas con dolores en sus manos, es tan importante que ya hay un instituto en Viena que se dedica solamente a tratar los dolores en las manos de los músicos. Hay pasajes musicales donde al cabo de 2 minutos exigen 5000 movimientos en los dedos de un pianista, también se dice que Paganini el gran violinista, era capaz de tocar hasta 12 notas en **UN** segundo, esas exigencias producen reacciones inflamatorias dolorosas, que tienen lugar en los tendones y articulaciones, sobre todo pensando en la enorme cantidad de días de ensayos preparando un concierto.

En Uruguay según lo describe el Dr. Carlos Carriquiry en un comunicado del año 2017, el cirujano Alfredo Navarro, ya nombrado en el capítulo sobre historia de la cirugía plástica en el Uruguay, a comienzos del siglo XX hizo una descripción de la anatomía y fisiología del carpo.

El Dr. Pedro Víctor Pedemonte, que era traumatólogo, ejerció durante un tiempo la especialidad de cirugía plástica simultáneamente con la traumatología, aunque finalmente asistía en exclusividad a las policlínicas de cirugía reparadora del Instituto de Traumatología y del Banco de Seguros del Estado. En 1944 publicó un libro con el Título de: Cirugía Plástica de la Mano. También el Dr. De Vecchi comunicó la transferencia de un dedo del pie hacia la mano con el antiguo método de Nocoladoni

En la Clínica Quirúrgica del Profesor Abel Chifflet, del Piso 9 del Hospital de Clínicas, los pacientes con afecciones de la mano se enviaban para consulta y tratamiento al Dr. Ruben Varela Soto, a quien además el autor conoció cuando concurren a Buenos Aires a un Congreso Mundial de Quemaduras, cuyo Presidente era el Prof. Fortunato Benaim. Éste fue un referente muy importante para la Construcción del Centro Nacional de Quemados de nuestro País, además de haber contribuido por varias décadas a la formación de numerosos líderes de

la cirugía plástica nacional, varios de los cuales alcanzaron a ser Profesores. Por lo expuesto se deduce que Varela Soto con una orientación quirúrgica y docente se acercó en varias oportunidades a la cirugía plástica aunque posteriormente no la haya continuado practicando.

En 1977 la editorial Edicur presentó el libro de Alberto Irigaray, “Anatomía Quirúrgica de la Mano” con prólogo del Dr. Guillermo H. Fossati.

Tanto los Dres. Juan Vanerio en Lyon, como Álvaro Barreiro en Nanterre, concurrieron por largos períodos a Francia para perfeccionarse en este tipo de cirugía. También el Dr. Enrique Fossati, hizo pasantías por EUA, Francia y Argentina en el servicio de cirugía de la mano que dirigía el Prof. Guillermo Loda, en el Hospital Francés de Buenos Aires.

EL 24 de diciembre de 1978, el Dr. A. Irigaray, realizó el primer reimplante de un dedo en CASMU. Se trató de un paciente que trabajaba en una parrillada y se seccionó el dedo pulgar. Posteriormente el Dr. De Vecchi en el Banco de Seguros hizo un reimplante de múltiples dedos. En poco tiempo los Dres. E. Fossati y A. Irigaray realizaron una comunicación científica que fue publicada en la que evalúan los resultados de los primeros 61 reimplantes realizados por este Equipo. En numerosas oportunidades se realizaron reimplantes de antebrazos o manos.

Con los métodos de microcirugía vascular reparadora logró realizarse con éxito transferencias de dedos del pie a la mano que son relatados en el Capítulo sobre microcirugía.

Desde su fundación por el Dr. H. Ardao, el Servicio de Cirugía Reparadora de la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado debe haber sido el que más pacientes con esta patología atendió y rehabilitó. Además desde la aparición en el País de las técnicas de microcirugía el Banco de Seguros se transformó casi en un centro de reimplantes, dado que fue en dicho centro donde se realizaron la mayoría de las operaciones de microcirugía vascular reparadora en Uruguay. Hay guardias los 365 días del año, por lo que este servicio cumplió y cumple un papel social muy importante al asistir a la masa trabajadora al mejor nivel técnico que se pueda ofrecer en nuestro medio.

De este modo los Dres. Héctor y Rúben Ardao, Pedro Víctor Pedemonte y Eugenio Bonavita Páez en sus comienzos, tanto como los Dres. Juan Castiglioni, Juan Vanerio y Álvaro Barreiro posteriormente, tuvieron actuación destacada en las policlínicas de cirugía reparadora con atención a las lesiones de la mano. Así como los Dres. E. Fossati, J. De Vecchi Gutiérrez, y A. Irigaray estuvieron al frente de la emergencia y policlínicas en cuanto a los pacientes que necesitaran de las técnicas microquirúrgicas. Posteriormente tomó ese lugar el Dr. Roberto Ortiz.

En cuanto al trasplante de manos cadavéricas a seres humanos, hay consenso de que en ocasiones esas manos trasplantadas tienen un rechazo inmunitario de parte del paciente receptor demasiado importante, lo cual hace que esos trasplantes tengan sus riesgos. De esa forma, cuando se trata de minimizar el rechazo se baja la inmunidad del paciente de tal forma que está muy proclive a que al tener contacto con microbios o virus pueda ser atacado fácilmente, sucumbiendo bajo una infección generalizada. Por otro lado, se han creado prótesis mioeléctricas de muy buena apariencia y buena función, en base a electrodos colocados en el antebrazo, donde los músculos envían sus señales eléctricas para realizar los movimientos. Es necesario realizar un aprendizaje previo a su utilización. El autor ha visto películas de pacientes que utilizan este tipo de prótesis en ambas manos, las que habían sido amputadas previamente al manipular un objeto explosivo de alto poder. La película mostraba la utilización que hacía el paciente de las prótesis en la vida corriente; también muestra cómo abre una caja de fósforos, toma uno de ellos, lo enciende y a la vez enciende un cigarrillo. Personalmente no ha visto ni leído este autor trabajos científicos donde un paciente con una mano cadavérica trasplantada logre realizar los movimientos tan delicados y precisos como los que acaban de describirse. Sin embargo, el día llegará que se realizarán trasplantes sin correr el riesgo del rechazo, las manos no se hincharán o edematizarán y la recuperación de los movimientos será más sencilla

En estos días (marzo 2021) se comunicó que a fines del año 2020, se realizó en EUA, el tercer trasplante de dos manos y cara en forma simultánea, el que por el momento es exitoso en cuanto a la supervivencia de los órganos trasplantados pero no se habla nada acerca de la función de esos órganos. Ese tipo de cirugía demandó casi una proeza quirúrgica, ya que se llevó a cabo luego de 23 horas de operación y la

asistencia de 96 personas en sala de operaciones. Sin embargo, el mismo equipo ya había fallado en las dos oportunidades anteriores que lo intentó, ya que uno de los pacientes falleció por infección generalizada y al otro hubo que retirarle una de las manos trasplantadas.

El camino está abierto para nuevas investigaciones. Para comprender en forma sencilla la acción que ejerce la inmunidad, es que hemos insertado al final del Capítulo de Microcirugía una pequeña consideración acerca de la inmunidad.

## **STERLING BUNNELL (1882 – 1957)**

### **Gran cirujano de mano<sup>40</sup>**

Las innovaciones y descubrimientos monumentales a menudo ocurren en lugares lejanos. Los avances de la historia humana confirman esta observación. De hecho, el aislamiento de los epicentros de la ortodoxia puede ser un requisito previo para la originalidad. Albert Einstein redefinió el tiempo y el espacio mientras trabajaba en una oficina de patentes suiza en lugar de en una universidad de Berlín, Londres o París. Benjamin Franklin, un impresor, aclaró la naturaleza de la electricidad e inventó el pararrayos en las tierras salvajes de la temprana Filadelfia, un océano lejos de los centros intelectuales de Europa.



Bunnell a menudo se considera el padre fundador de la cirugía de la mano.

La historia médica se hace eco de este patrón. Ronald Ross, un médico de la remota India colonial, resolvió el enigma de la transmisión

40 GREEN, Stuart A.: Giants In Orthopaedic Surgery: Sterling Bunnell MD. Clin Orthop Relat Res. 2013 Dec; 471(12): 3750–3754. Published online 2013 Oct 1. doi: 10.1007/s11999-013-3303-1

de la malaria cuando descubrió el parásito causante en el tracto gastrointestinal de un mosquito *Anopheles* [7].

Algunos de los desarrollos más notables en la cirugía ortopédica podrían no haber ocurrido nunca si sus jóvenes innovadores se hubieran visto obstaculizados por la supervisión de los detractores de las grandes instituciones de su tiempo. John Charnley necesitaba distancia de Londres para desarrollar un reemplazo total de cadera, especialmente después de que muchos de sus primeros 350 casos fallaron porque seleccionó el material equivocado (teflón) para el componente acetabular de baja fricción [10]. Gabril Ilizarov, que trabajaba en una clínica de veteranos en la lejana Siberia, se convirtió en objeto de burla por parte de las élites ortopédicas de Moscú cuando afirmó que el estiramiento controlado podría formar tejido óseo nuevo en la brecha cada vez mayor del sitio de una osteotomía [11].

California en la primera mitad del siglo XX estaba lejos de la órbita del poder y la autoridad ortopédica giraba en torno a Boston y Nueva York. Sterling Bunnell era lo más californiano posible. Su padre fue un pionero de la fiebre del oro. Su primo, uno de los primeros hombres blancos en entrar en el valle de Yosemite, resultó decisivo para nombrar la cuenca glaciar para sus habitantes nativos en lugar del líder de la expedición [6].

Nacido en San Francisco el 18 de junio de 1882, (Asa) Sterling Bunnell recibió su título universitario de la Universidad de California, Berkeley en 1904, y recibió su título de médico por la Facultad de Medicina de la Universidad de California, San Francisco en 1908. Él abrió una oficina para practicar la medicina y la cirugía en San Francisco sin ningún entrenamiento especial adicional significativo. Esa instalación, ahora llamada Clínica de Hombro, Codo y Mano de San Francisco, continúa con la tradición de excelencia que Bunnell comenzó hace más de un siglo.

Entre la graduación de la escuela de medicina y la entrada de Estados Unidos en la Primera Guerra Mundial, Bunnell se interesó en la cirugía de reparación de tendones. Superó su aislamiento de los centros de gravedad académicos de la nación al enviar un artículo sobre el tema a la revista quirúrgica más prestigiosa de Estados Unidos de la época:

*Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Los editores solicitaron una revisión. Después de volver a enviarlo, el artículo fue nuevamente rechazado.

Finalmente, después de 18 reenvíos, la persistencia del californiano dio sus frutos. El manuscrito frecuentemente citado [4] se publicó finalmente en 1918. Para entonces, Bunnell, como muchos de sus compatriotas, se había ido a luchar en La Gran Guerra. Bunnell se desempeñó como Jefe de Servicios Quirúrgicos en un hospital de la base del Ejército en Beaune, Francia, durante el invierno de 1918 [6]. Allí, fue testigo de primera mano de la tasa innecesariamente alta de amputaciones por lesiones en las extremidades superiores y decidió hacer algo al respecto. Al regresar a la vida civil, Bunnell centró su atención en la restauración de la función de las manos lesionadas, incluso mientras trabajaba para desarrollar nuevas estrategias para tratar los trastornos congénitos y del desarrollo de las manos [6].

Mientras tanto, sus actividades recreativas se centraron en cazar, pescar y volar su biplano Curtis-Wright recién adquirido. La tragedia golpeó a Bunnell cuando se fracturó la cadera (y un amigo, que era pasajero, murió) después de aterrizar su avión en el valle de Yosemite, ubicado en las montañas del norte de California. Como resultado, Bunnell tuvo una pseudoartrosis del cuello femoral, que Marius Smith-Petersen trató sin éxito con su nuevo clavo Triflange, que lo atormentó por el resto de su vida [6]. Quizás esa lesión llevó a Bunnell a preferir realizar la cirugía en posición sentada.

Entre el final de la Primera Guerra Mundial y la participación estadounidense en la Segunda Guerra Mundial, Bunnell aplicó su mente inquisitiva, su bisturí incisivo y su pluma inagotable a numerosos problemas entonces no resueltos en la cirugía de la mano. Publicó artículos sobre reparación y transferencia de tendones, injerto de nervios, artroplastia y capsulectomía, mano zambo y pollicización [12]. A pesar de esta prolífica racha de publicaciones, Bunnell nunca se afilió a una institución académica.

Aunque a menudo se le considera el padre fundador de la cirugía de la mano [13] (Fig. (Fig. 1), los avances en este campo se remontan al antiguo Egipto y Mesopotamia. Las mejoras en el cuidado de los trastornos de la mano (punción de abscesos, estabilización de fracturas, ligadura de hemorragias, cirugía aséptica) reflejaron los avances en medi-

cina y cirugía a lo largo de la historia. A diferencia de los californianos Hewlett y Packard, o Jobs y Wozniak, las verdaderas innovaciones de Bunnell fueron biológicas, más que tecnológicas; creó, comenzando por él mismo, una nueva especie en este planeta: *Homo Chirurghimanus* (El Cirujano de la Mano).

Bunnell a menudo se considera el padre fundador de la cirugía de la mano. Reproducido con permiso de la Sociedad Estadounidense de Cirugía de la Mano

Esta criatura, tan única y adaptada a su entorno como la hormiga cortadora de hojas o el pájaro tejedor africano, se distingue de otros miembros de la biota por sus características de comportamiento. *H. Chirurghimanus* es un ser que trabaja con la delicadeza de una mariposa monarca en el néctar de una flor, la paciencia de una araña de corteza de Madagascar que teje una telaraña y la industria de un pez espinoso formando su nido. Sin embargo, como un babuino, *H. Chirurghimanus* pasa una parte sustancial de su tiempo sentado en cuclillas.

Bunnell, quien tuvo un interés de toda la vida en la evolución del esqueleto apendicular cefálico, [2] sería el primero en reconocer que las características bien conocidas que definen a los cirujanos de mano no emanan de su ADN; pueden ser altos o bajos, claros u oscuros, masculinos o femeninos o indeterminados, y aún poseen todo el carácter distintivo de la especie. Esto ocurre porque *H. Chirurghimani* se hace, no nace. De hecho, Bunnell viajó de un centro de manos del Ejército a otro, creando la singularidad de la raza al establecer un total de nueve centros de manos [3] durante la Segunda Guerra Mundial.

Así es como sucedió.

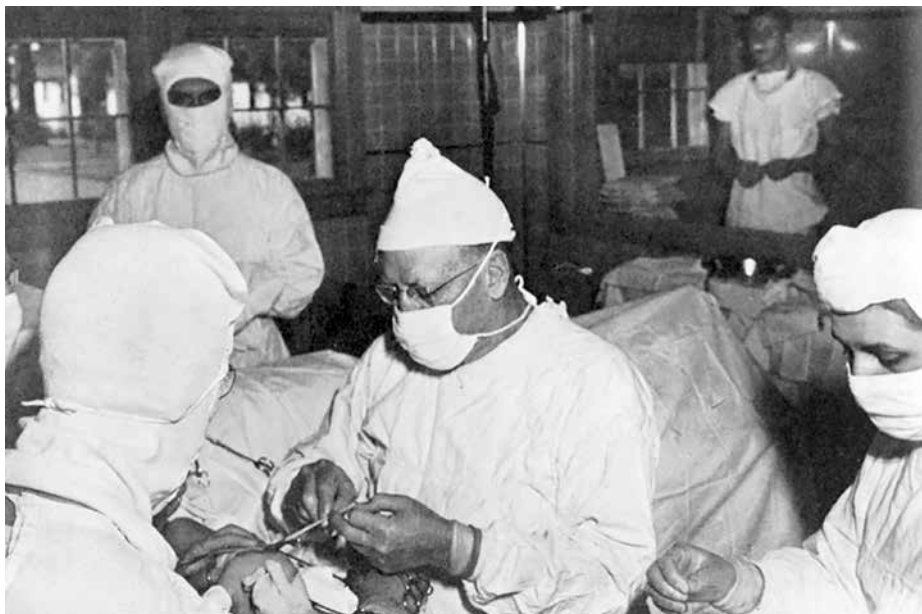
Durante las décadas entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial, Bunnell pasó tiempo cazando y pescando con el Dr. Norman Kirk, un amigo y Jefe de Cirugía del Hospital General Letterman del Ejército de los Estados Unidos en el Presidio de San Francisco [6]. Kirk, nativo de Maryland, disfrutó de una distinguida carrera como cirujano militar, y centró cada vez más su atención en los problemas ortopédicos. Pronto se convirtió en el primer cirujano del ejército certificado por la Junta Estadounidense de Cirugía Ortopédica. El libro de Kirk sobre amputaciones se convirtió en el texto estándar del tema. En 1941, Kirk, ahora oficial general, era Jefe de Cirugía en el Centro Médico



Militar Nacional Walter Reed en Washington DC. Pronto estableció un importante centro de rehabilitación para soldados heridos en Battle Creek, Michigan [6].

La entrada de Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial coincidió con el fin del servicio del Cirujano General del Ejército James McGee, por lo que le tocó al presidente Franklin D. Roosevelt nombrar al reemplazo de McGee. Roosevelt, que adquirió poliomielitis parálitica en la edad adulta, estaba más familiarizado que la mayoría de sus predecesores o sucesores con la especialidad de cirugía ortopédica y rehabilitación. Nombró a Kirk para el puesto de Cirujano General del Ejército. Kirk fue el primer, y hasta el día de hoy, el único cirujano ortopédico que recibió esa orden. Él, a su vez, pidió a su amigo y colega Sterling Bunnell, entonces de 62 años, que estableciera una serie de centros de cirugía y rehabilitación de la mano (Figura 2).

Bunnell cerró su práctica de San Francisco durante 2 años y se dedicó a la tarea. Simultáneamente, completó su impecable opus magnum: Cirugía de la mano [5].



Entre 1944 y 1947, Bunnell viajó por el país entrenando a cirujanos jóvenes y estableciendo una serie de centros de mano para cirugía y rehabilitación.

Reproducido con permiso de la Sociedad Estadounidense de Cirugía de la Mano.

Entre 1944 y 1947, Bunnell viajó por el país en ferrocarril y avión privado, capacitando a los jóvenes cirujanos que trabajaban en los centros de mano. Sus nombres están consagrados en la evolución de la especie *Homo Chirurghimanus*. En el lenguaje genético mendeliano, este linaje F1 incluía a Littler, Fowler, Phalen, Barsky y Pratt [8].

En 1946, Joseph H. Boyes, basándose en una idea de su mentor Bunnell, formó la Sociedad Estadounidense de Cirugía de la Mano (ASSH) en una reunión de cirujanos de la mano en Chicago [1]. La ASSH original estaba formada por 35 miembros fundadores, muchos de los cuales trabajaban para los centros de mano de hospitales del Ejército desarrollados previamente por Bunnell [1]. Los descendientes de los fundadores de ASSH, los F2, son ahora los cirujanos senior en el campo [13].

Dado que la creación de un verdadero *H. Chirurghimanus* ocurre durante la capacitación de la beca, la educación quirúrgica preliminar puede ocurrir en una variedad de campos. Por lo general, los cirujanos ortopédicos pueden optar por convertirse en cirujanos de mano si poseen el potencial y la mentalidad para hacerlo. Sterling Bunnell no lo haría de otra manera. Fue el primero en reconocer que el amplio conocimiento y el conjunto de habilidades necesarios para tratar una parte compleja y anatómicamente localizada del cuerpo humano requerirían una especie única de médico.

La Teoría Moderna de la Evolución incorpora el Equilibrio Puntuado, una hipótesis que sostiene que los géneros y las especies permanecen relativamente estables hasta que un episodio ecológico cataclísmico provoca cambios importantes en la biosfera [9]. Además, el progenitor de una nueva especie a menudo se aisló geográficamente de la población parental antes del evento. La Segunda Guerra Mundial constituye claramente tal cataclismo; la evolución del *Homo Chirurghimanus*, con Sterling Bunnell como prototipo fenotípico, confirma este concepto.

Sin embargo, no fue la primera vez en la evolución humana que la guerra ha provocado cambios importantes en nuestra especie. Fue durante la Primera Guerra Mundial que el organismo precedente de *H.*

*Chirurgimanus* –apropiadamente llamado *Homo Ostorthopus* (Hombre enderezador de huesos) - surgió por primera vez en circunstancias casi idénticas, con Sir Robert Jones de Manchester como prototipo.

## Referencias

1. American Society for Surgery of the Hand. History of ASSH quick facts. Available at: <http://www.assh.org/media/Pages/HistoryofASSHQuickFacts.aspx>. Accessed: Sept. 16, 2013.
2. Bunnell S. Aeronautics of Bird Flight. *The Condor*. 1930;32:269–287. doi: 10.2307/1363374. [CrossRef] [Google Scholar]
3. Bunnell S. Preface. In: Bunnell S, ed. *Surgery in World War II. Hand Surgery*. Washington D.C.: Office of the Surgeon General, Department of the Army; 1955:1–447.
4. Bunnell S. Repair of tendons in the fingers and description of two new instruments. *Surg Gyn Obstet*. 1918;26:103–110. [Google Scholar]
5. Bunnell S. *Surgery of the Hand*. Philadelphia, PA: JB. Lippincott; 1944. [Google Scholar]
6. Carter P. The embryogenesis of hand surgery: A story of three great americans—A politician, a general, and a duck hunter. *J Hand Surg*. 2003;28A:185–197. [PubMed] [Google Scholar]
7. Centers for Disease Control and Prevention. Ross and the discovery that mosquitoes transmit malaria parasites. Available at: <http://www.cdc.gov/malaria/about/history/ross.html>. Accessed: Sept. 16, 2013.
8. Doyle JR. Learning from armed conflicts. *Tech Hand Up Extrem Surg*. 2007;11:129. doi: 10.1097/BTH.0b013e3180690854. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Gould SJ. (1989) *Wonderful Life: The Burgess Shale and the Nature of History*. New York, NY: W. W. Norton and Company; 1990:1–352.
10. Green S. The evolution of medical technology; lessons from the burgess shale. *Clin Orthop Rel Res*. 2001;385:260–268. doi: 10.1097/00003086-200104000-00038. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
11. Green S. Ilizarov's orthopaedic methods. *AORN J*. 1989;49:215–220. doi: 10.1016/S0001-2092(07)67485-7. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
12. Newmeyer WI. Sterling Bunnell, MD: The founding father. *J Hand Surg*. 2003;28A:161–164. [PubMed] [Google Scholar]
13. Rayan G. Raymond Curtis: The prototypical hand surgeon. *J Hand Surg*. 2003;28A:555–560. [PubMed] [Google Scholar]



## Capítulo 19

# SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA del URUGUAY

ALBERTO IRIGARAY

La Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay (SCPREU), fue fundada en Montevideo, como Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay el 24 de mayo de 1957. Los primeros Estatutos fueron redactados por los Dres. Pedro Víctor Pedemonte, Héctor Ardao, y Enrique Apolo. Ninguno era cirujano plástico, y uno solo de ellos continuaría con la especialidad. Este hecho no debería llamar la atención ya que en sus comienzos la especialidad la ejercían cirujanos generales o cirujanos con alguna especialidad que colateralmente realizaban cirugía del tipo reparador. Uno de los grandes impulsores para la creación de la Sociedad fue el Dr. Héctor Ardao quien logró nuclear a un grupo de cirujanos que en su mayoría concurrían al único servicio de cirugía plástica que existía de la especialidad y que funcionaba en lo que se denominaba Instituto de Radiología, lo que hoy es el Instituto Nacional del Cáncer (INCA). De acuerdo a estas raíces no todos los socios fundadores continuarían más adelante ejerciendo la cirugía plástica, sino que algunos continuarían como oftalmólogos, otorrinolaringólogos o cirujanos generales. Los socios fundadores, fueron los Dres. Enrique Apolo, Jorge De Vecchi Larralde, Héctor Ardao, Gonzalo Cáceres, Dante Pérez, Ruben Ardao, hermano de Héctor, Paula Knaibel,

Guillermo H. Fossati, Sala López, Irene Juñen, Carlos Ferratti, y Pochintesta. Es interesante consignar que aún en la época inicial, entre los socios fundadores figuran dos integrantes del sexo femenino. Resaltamos además, que quienes más adelante serían destacados cirujanos plásticos como los Dres. Germán Möller y Eugenio Bonavita Páez, no figuran en la nómina de socios fundadores.

Los fines de la Sociedad eran los de “propender al progreso y divulgación de esta especialidad”, “bregar para obtener la reglamentación de la especialidad”, hecho curioso ya que se coloca en los Estatutos como uno de los fines, que la especialidad sea reconocida oficialmente por la Facultad de Medicina, y que se creara un curso reglamentado con el fin de que por ese medio surgieran los nuevos cirujanos plásticos que pudieran contar con un título oficializado y que les permitiera ejercer la profesión con reconocimiento en todo el País. También dentro de los “fines” estaban los del Intercambio de conocimientos con otras sociedades científicas así como el de realizar sesiones mensuales para tratar temas relacionados con la especialidad así como temas de carácter científico.

¿Pero a quién se denominaba cirujano plástico en ese entonces, si no existían títulos habilitantes? Existían dos posibilidades: o el que ejercía la cirugía plástica se autodenominara como tal, o más adelante como veremos, fue la Sociedad de Cirugía Plástica la que tomó el rol de contralor a quienes la ejercían, invitándolos a integrarse a la Sociedad y llegó hasta otorgar títulos de especialista, con el respaldo implícito de la sociedad científica.

A continuación se expondrá una lista de los médicos que ejercieron la presidencia de la Sociedad, aunque esta lista está incompleta y nos disculpamos con los cirujanos que ejercieron el cargo de Presidente y no aparecen aquí, ya que actualmente la Secretaría ha cambiado de titular y la información está dispersa. De acuerdo a lo que este autor ha podido investigar, la lista obtenida sería la siguiente: En 1957 el Dr. Enrique Apolo, fue el primer Presidente, 1958 Dr. Pedro Víctor Pedemonte, 1959 Dr. Jorge De Vecchi Larralde, 1960 Dr. Guillermo H. Fossati, 1961 Dr. Enrique Apolo, 1962 Dr. Germán Möller, 1963 Dr. Jorge De Vecchi Larralde, 1964 Dr. Guillermo H. Fossati, 1965 Dr. Eugenio Bonavita Páez. En estas primeras etapas, de consolidación de la Sociedad, el Dr. Héctor Ardao, quien a pesar de ser el impulsor de su creación y redactor de sus Estatutos, declinó siempre ser Presidente.



Una Mesa Redonda durante las XV Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica (1963). De izq a der: NN., Ivo Pitanguy (Brasil), Jorge De Vecchi Larralde, A. Fernández (Argentina), Germán Möller y Eugenio Bonavita Páez.



XV Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica (c. 1963). De izq a der: Dres. Héctor Ventós, Eugenio Bonavita Páez exponiendo desde el atril, Jorge De Vecchi Larralde presidiendo la Mesa.

A partir del cambio de Estatutos, aprobados en la Asamblea Extraordinaria del 9 de noviembre de 1983, los presidentes se renovarían cada dos años, prosiguiendo la lista de la siguiente manera, tanto el Dr. Juan J. Hornblas como el Dr. Gonzalo Cáceres fueron presidentes de la Sociedad pero no constan los años en que la ejercieron, mientras que el Dr. Jorge Verges fue presidente en el año 1975, apareciendo luego los presidentes que ejercieron por un tiempo de dos años, 1986-88 Dr. Aldo Roncagliolo, 1988-90 Dr. Gonzalo Fajardo, 1990-92 Dr. Gonzalo Bosch, 1992-94 Dr. Alberto Irigaray, 1994-96 Dr. Jorge De Vecchi Gutiérrez, 1996-98 Dr. Jesús Macri, 2000-2002 Dr. Gonzalo Bosch, 2002-2006 Dr. Jesús Manzani, 2006-2008 Dr. Marcelo Marín, 2008-2014 Dr. Gonzalo Fossati, 2014-2020 Dra. Beatriz Manaro, 2020 Dra. Raquel Di Stefano.

Las primeras reuniones científicas se realizaron los días 28 de junio, 27 de julio, y 30 de agosto de 1957.

A partir de 1960, la Sociedad comenzó a publicar la *Revista de Cirugía Plástica del Uruguay*, con la particularidad de que se estaba en contacto con el Dr. Héctor Marino, destacado cirujano plástico argentino, quien era el Delegado para América del Sur de la revista internacional más importante de la cirugía plástica, denominada *Plastic and Reconstructive Surgery*; de esa forma tenía la potestad de resumir los trabajos científicos más importantes publicados en la región y enviar los resúmenes a USA, los que aparecerían posteriormente publicados en la revista norteamericana. El Dr. Ardao, impulsor de la publicación de la revista, asiduamente escribía editoriales de opinión sobre la especialidad. Esos editoriales muy interesantes pueden leerse, en parte, en el libro “Héctor Ardao, Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay” escrito por el Dr. Antonio Turnes.

En 1983, como se dijo, se aprobó un nuevo Estatuto a través del voto unánime de la Asamblea Extraordinaria citada a tal fin, la que para darle mayor legitimidad contó con un asesor legal presente en dicha asamblea. El fin principal de los nuevos Estatutos era crear una serie de requisitos para que la sociedad pudiera otorgar títulos de especialista que fueran reconocidos en todo el País. Se estipulaban cinco categorías de socios y se exponían los requisitos exigibles para poder otorgar los títulos.



En 1993 se otorgó a la Sociedad por parte del Ministerio de Educación y Cultura, la personería jurídica, dando fin a un trámite iniciado años atrás, y aprobando nuevos Estatutos, que son los vigentes. Se incluyó también un cambio en la denominación de la sociedad que pasó a llamarse: **Sociedad de Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay.**

En cuanto a reuniones científicas internacionales, las mismas comenzaron en 1958 con las denominadas Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica, que se desarrollaban alternadamente a cada lado del Río de la Plata. A su vez ya se había formado la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica a cuyas primers reuniones concurría asiduamente el Dr. Héctor Ardao representando a Uruguay. A su vez Ardao presentó trabajos científicos en las reuniones de Montevideo en 1954, en Lima 1950, en Paraguay 1952, en México 1954 y en Brasil 1960. Más adelante, se dio ingreso a España y Portugal, dada la importancia que estas sociedades tienen en el concierto internacional, se creó la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica, de esta manera se unió un gran bloque integrado por miles de cirujanos afiliados, lo que permitió publicar una nueva revista de cirugía plástica. La Federación se organizó en varios Capítulos que incluyó a las más importantes subespecialidades en la que se dividía ya la cirugía plástica, pero también se creó el Capítulo Americano que incluía a todos los cirujanos plásticos procedentes de Latinoamérica que estaban trabajando de Norteamérica. Esa inclusión es muy importante ya que nos traen las novedades que surgen en USA y la trasmiten en los congresos de la Federación. Tanto el Dr. Irigaray al comienzo, como la Dra. Marta Calcagno más tarde, fueron nombrados, en el Capítulo de Microcirugía de la Federación. Más recientemente, fueron nombrados los Dres. Gonzalo Fossati, como integrante de la Fundación Docente y Beatriz Manaro en el Capítulo de Quemados.

En el año 2020, se logró un acuerdo entre la Sociedad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética del Uruguay y la Sociedad Bonaerense de Cirugía Plástica, lo que hace recordar luego de tantos años a las antiguas Jornadas Rioplatenses.

En su momento Uruguay integró también los llamados Congresos del Cono Sur, en los que participaban, Argentina, Brasil, Chile, Pa-

raguay y Uruguay, con sede rotativa cada 2 años en cada uno de los países.



Congreso del Cono Sur en Punta del este. De pie, izq a der: De la Plaza, de España, José Juri, Ivo Pitanguy, Aldo Roncagliolo sosteniéndole la mano a su esposa.

Dentro de las funciones que se había atribuido la Sociedad mientras no se impartían cursos oficiales, fue la de otorgar los títulos de cirujano plástico. Ante esto la Sociedad se transformó en una entidad muy importante y todo aspirante al título se afiliaba a ella. La Sociedad a su vez, tenía requisitos muy rigurosos para llegar a avalar un título, los que sus asociados debían cumplir para llegar a realizar una prueba final. Entre estos requisitos estaban: acreditar haber realizado cursos de

cirugía, y sobre todo haber concursado en la prueba inicial de docente para cirujano. Estos requisitos estaban en consonancia con la idea que tenían los cirujanos fundadores, quienes siempre recomendaban realizar años en cirugía general antes de emprender la especialización. La opinión del Dr. Ardao era terminante en ese sentido; de allí que los Estatutos reflejaban ese sentir. Además de cumplir con esos requisitos se debía realizar una prueba final frente a un tribunal designado por la propia Sociedad de Cirugía Plástica. La idea de que las sociedades nacionales cumplieran esa función ante la ausencia de cursos oficiales, era común en la región. En Argentina, con cuya Sociedad se tenía y se tiene una gran relación, se exigía a sus asociados concurrir a las reuniones científicas periódicas, concurrir a los congresos nacionales, para que finalmente se autorizara al asociado a presentarse durante el desarrollo del Congreso Argentino, frente a un tribunal y frente a los asistentes nacionales y extranjeros que lo quisieran, mediante una presentación científica **original**, que incluyera algún tema de la especialidad.

En Uruguay, el cirujano que se postulaba a la obtención del título también tenía que cumplir una serie de exigencias, para que una vez acreditadas se le autorizara a rendir una prueba final frente al tribunal designado por la Sociedad. La prueba generalmente se realizaba en el mismo servicio donde el postulante había acreditado su concurrencia, que en aquellos momentos no eran muchos los que impartían docencia. Los mismos se reducían al servicio de cirugía plástica del Instituto Nacional del Cáncer, el servicio de cirugía plástica del Hospital Pasteur y al servicio de cirugía plástica del Instituto de Traumatología. Este autor tuvo la oportunidad de presenciar una de esas pruebas finales, que eran casi como una reunión familiar, porque todos se conocían muy bien. Pero recibir el título de especialista le otorgaba al cirujano un respaldo legal y le autorizaba a asistir tanto a pacientes particulares o asociados mutuales en todo el territorio nacional.

En 1977, el Dr. Aldo Roncagliolo fue autorizado a rendir esa prueba final, la que se llevó a cabo en el Hospital Pasteur frente a un Tribunal compuesto por los Dres. G. H. Fossati, G. Möller, y J. Hornblas. Recuerda este autor con total claridad al Dr. Möller, mate en mano, preguntando sobre la enfermedad de Dupuytren, que es una enfermedad que se presenta en la mano.

En 1974 la Facultad de Medicina a través de su Escuela de Graduados reconoció finalmente la especialidad de cirugía plástica y comenzó a otorgar títulos de especialista por competencia notoria a los cirujanos más reconocidos que ejercían la cirugía plástica desde hacía años. Ello se debía a que en poco tiempo más se crearía la cátedra de la especialidad y se debería llamar a concurso de docentes entre estos cirujanos plásticos reconocidos y ya con sus propios títulos.

Los llamados a concurso se realizaron en 1976 y una vez que la cátedra estuviera integrada y en funciones, sería ella y los servicios docentes autorizados los únicos que podrían en el futuro otorgar los títulos de especialista. Los cursos comenzaron dictando clases a los estudiantes que se inscribían en la Escuela de Graduados, pero más adelante, cuando se aprobó la Ley de Residencias Médicas, fue ésta quien fijó un número de residentes para cada una de las especialidades y solo serían los ganadores de esos concursos de residentes quienes podrían obtener títulos de especialistas, acotando el número de médicos que podían realizar los cursos de posgrado de cada Especialidad. Desde que comenzaron las Residencias Médicas finalizó totalmente la libre inscripción de estudiantes a las especialidades. Los residentes pasarían automáticamente a cumplir tareas remuneradas, que incluían asistir obligatoriamente a los cursos de posgrado, concurrir como ayudantes a las intervenciones quirúrgicas de urgencia y coordinadas, así como cumplir tareas en policlínicas. De todas formas el residente si quiere obtener su título, tiene que escribir una monografía, así como rendir una prueba final muy exigente, para la que se le tiene en cuenta la actividad cumplida durante esos tres años.

En 1976, se nombraron los docentes de la cátedra, a quienes se les asignó una tarea inicial muy importante, porque existían múltiples cirujanos que ejercían la especialidad desde hace tiempo pero no habían rendido la prueba que la Sociedad exigía para otorgar los títulos. Con el fin de regularizar la actividad de ese grupo de cirujanos, es que se les solicitó que se inscribieran en una lista presentada ante la Escuela de Graduados, acompañada de las actividades que cada uno había desarrollado debidamente acreditadas. El tribunal integrado por los Dres. Jorge De Vecchi Larralde, primer profesor de cirugía plástica pero que en ese momento ostentaba el cargo de Profesor Agregado G IV, y los Dres. G.H. Fossati y J.J. Hornblas como Profesores Adjuntos G III,

eran quienes debían decidir el destino de cada uno de los cirujanos que integraban aquella lista. El tribunal decidió formar tres grupos: el grupo uno estaba integrado por cirujanos que se entendió tenían méritos suficientes y se les otorgó el título de especialista por actuación documentada a partir de mayo de 1976. A los integrantes del segundo grupo, se les reconoció su trayectoria pero debían rendir una prueba final para poder obtener el título; mientras que a los que integraban el tercer grupo, se les recomendó inscribirse como estudiantes y realizar el curso en forma completa. En esa etapa inicial los cursos se dictaban a los estudiantes y más adelante, como se detalló anteriormente, los cursos se dictaron exclusivamente a los médicos residentes.

Al perder el carácter docente por el advenimiento de las cátedras, parecía que la Sociedad perdía su importancia, ya que no era requisito ser socio de la misma para obtener el título en la Facultad de Medicina. Sin embargo, su importancia se mantuvo, cuando se comenzaron a tratar nuevos temas que no habían aparecido anteriormente, como era evitar la aparición de médicos que ejercieran la especialidad sin el título correspondiente, evitar el intrusismo de médicos de otros países que querían ejercer la especialidad en forma esporádica o permanente, sin las reválidas de sus títulos en Uruguay, acordar acerca del trabajo médico y acordar remuneraciones acordes a los conocimientos que la especialidad exige. Todas estas tareas no fueron vislumbradas por los fundadores de la Sociedad, pero gracias a ellos es que tenemos esta herramienta, que ha permitido abordar unidos estos nuevos temas.

Es muy interesante analizar el hecho de si cada especialidad quirúrgica tiene límites precisos de acción. A raíz de varios casos expuestos en la televisión nacional en un programa muy conocido por denuncias ciudadanas, surgió la interrogante acerca de si un cirujano que posea el título de cirujano general está en condiciones de operar cualquier patología que necesite una cirugía sea de la especialidad que sea. A entender del autor, el avance de los conocimientos es tan rápido que ningún cirujano en ninguna parte del mundo está capacitado para conocer todas las patologías quirúrgicas y todos los tipos de cirugías posibles. Es más, se considera que ningún cirujano incluido dentro de las especialidades quirúrgicas tampoco está en condiciones de conocer todos los tratamientos quirúrgicos que se realizan dentro de su propia especialidad. Por ello es que han surgido subespecialidades, que en el ámbito

de la cirugía plástica, las más importantes han sido: cirugía plástica de niños, tratamiento de las malformaciones congénitas, tratamiento de los quemados, sobre todo lo que llamamos el gran quemado, cirugía de la mano, microcirugía, cirugía de los grandes traumatizados, etc.

Continuamente los estudiantes preguntan acerca de qué cirujano debe operar determinada patología, sobre todo en los casos límite, donde una enfermedad o patología puede ser resuelta por cirujanos de varias especialidades. Como ejemplo se expondrá el caso de la compresión del nervio mediano en el puño, lo que se denomina el **síndrome del canal carpiano**, que puede ser operada por el cirujano plástico, el cirujano de la mano, el traumatólogo o el neurocirujano. Entonces ¿quién lo debe operar? Siempre enseñó este autor que el que debe participar es aquel que conoce claramente el tipo de enfermedad a la que se enfrenta, pero a su vez debe saber descartar otras enfermedades similares, debe saber confirmar su diagnóstico mediante el uso racional de métodos auxiliares de laboratorio o imagenológicos, y debe conocer todas las técnicas quirúrgicas para curar la enfermedad. Este conocimiento es indispensable porque para cada patología y **para cada paciente** hay un tratamiento que es el mejor. Quiere decir que cada cirujano debe seleccionar **una** técnica quirúrgica de las muchas que podría aplicar. Depende también de la edad del paciente, de lo avanzado que esté el proceso, de la localización del mismo y también del estado general del paciente por enfermedades pre-existentes. Por ello, el cirujano actuante será aquel que sepa hacer el diagnóstico, que descarte diagnósticos parecidos, que lo pueda confirmar mediante el uso correcto de elementos auxiliares, que conozca el mayor número de técnicas quirúrgicas posibles, y el que racionalmente elija la mejor para **ese paciente en particular**. Pero una vez realizada la cirugía no concluye la actuación del cirujano, sino que tan importante como lo anterior es que debe saber resolver **todas las complicaciones** que de sus actos pueden devenir. Si el cirujano actuante ante una complicación remite su paciente a otro cirujano para que solucione las complicaciones ocurridas, ese cirujano **no está capacitado para operar ese tipo de cirugía**. Se está hablando de complicaciones posibles, tales como hematomas, infecciones, fallas de sutura, pérdida de injertos, etc. Por supuesto que existen complicaciones raras, frente a las cuales se pueda pedir interconsultas con otros cirujanos.

El cirujano que cumpla con todos los requisitos anteriores sea de la especialidad que sea, está en condiciones de operar a su paciente. Por lo expuesto, hay que tener tantos conocimientos acerca de una enfermedad que es imposible abarcar todo tipo de operaciones. Por lo tanto, si bien en determinadas patologías el límite entre las especialidades es difuso, en la mayoría de las enfermedades **SÍ** hay límites entre las distintas especialidades. Debe recordarse además, que un agravante para la mala praxis médica es realizar actos que estén por fuera de los **habituales** para cada especialidad.

Ante esto la Sociedad siempre ha recomendado a los pacientes que se cerciore si el cirujano elegido tiene el título de especialista correspondiente, en el caso de las instituciones mutuales son ellas las responsables ante el MSP de exigir el título correspondiente a todo especialista que se denomine como tal, en caso de la actividad privada la Sociedad propone visitar las páginas web del MSP o de la Sociedad de Cirugía Plástica Reparadora y Estética para cerciorarse de si el cirujano elegido tiene el título de especialista.

En cuanto a lo que se denomina el **intrusismo** médico, generalmente sucede en el interior del país, donde personas que pueden ser médicos o no, se promocionan mediante afiches y fotos como conocedores para realizar técnicas que generalmente son de embellecimiento o rejuvenecimiento, que normalmente carecen de consultorio médico y pueden dar consultas en hoteles. Una vez finalizados los procedimientos retornan a su país de origen.

Otra actividad importante que desarrolla la Sociedad, surgida recientemente y que para las generaciones anteriores era imposible predecir, es la nueva modalidad surgida entre médicos para difundir los nuevos conocimientos. Con el estado sanitario mundial derivado de la pandemia de COVID-19 (SarsCov-2) se han suspendido todos los eventos presenciales, ya sean cursos, ateneos o congresos, los que se han sustituido por comunicaciones realizadas desde el propio país, o desde uno o varios países extranjeros en forma conjunta, donde se ofrecen ateneos o cursillos sobre novedades o actualizaciones de interés, vía páginas web o zoom, muchas de ellas con actividades virtuales interactivas. El dar a conocer esos eventos los ha tomado la Sociedad a través de grupos de WhatsApp.

En cuanto a la actividad ejercida por la Sociedad a fin de racionalizar el trabajo médico y su remuneración, se remonta a muchos años atrás, donde en sus comienzos se aprobaban los aranceles para el cobro de honorarios por los diferentes tipos de cirugías, que en un principio se dividían en tres categorías, cirugías menores, corrientes y mayores. Esos aranceles, dejaron de tener vigencia con el advenimiento de nuevos tipos de cirugías, por lo que se recurrió a categorizaciones bastante complejas que provenían del exterior. Por otra parte, los aranceles estaban dirigidos fundamentalmente para la remuneración de las actividades dentro de las instituciones mutuales, aunque siempre existía una gran diferencia entre los aranceles recomendados por la Sociedad y lo que efectivamente se pagaban por esas instituciones. De allí que en 1992, a instancias de la Sociedad de Oftalmología, se nuclearon todas las Sociedades Quirúrgicas, cirugía general y especialidades, añadiéndose a este grupo la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, para formar la Mesa de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas, MSAQ. Comenzó allí un cambio de ideas entre las IAMC, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, y la MSAQ, para finalmente, llegar a un acuerdo acerca del trabajo médico, horarios de policlínicas, número de pacientes, y remuneración de la actividad quirúrgica por acto realizado. ¿Por qué se llevó adelante la idea de remunerar el acto médico? Sencillamente porque con la remuneración anterior cada cirujano mutual que operara un paciente por mes o el que operaba 20 pacientes en el mismo periodo, tenía el mismo sueldo, y no se tenía en cuenta al cirujano mejor preparado, que concurría a congresos y estaba al día con los conocimientos y al que la mayoría de los pacientes prefería. Por eso se recibió con simpatía la propuesta de la nueva remuneración que proponía la Sociedad de Oftalmología y luego tener la opinión favorable de toda la MSAQ. El temor de las instituciones médicas radicaba en que al proceder a remunerar cada acto médico, éstos se multiplicarían y podría crearse un desequilibrio financiero. Al llegar al acuerdo final los presidentes de cada una de las sociedades científicas presentes salieron de garantes acerca que el número total de cirugías no debería cambiar, y que si detectaba alguna transgresión de ese tipo lo deberían trasladar a la sociedad científica correspondiente, para que la misma aclarara al colega los alcances del acuerdo. Ese temor por parte de las instituciones mutuales se dejó de lado, ya que al cabo de los primeros tres meses de aplicar los nuevos criterios del trabajo médico se detectó un solo



cirujano que se había desviado significativamente de sus promedios mensuales en cuanto al número de cirugías; el resto de los cirujanos continuó ejerciendo sus tareas en forma habitual. **el temido exceso de cirugías, no se produjo.**

Más adelante la MSAQ, se transformó en Sindicato, Anestésico Quirúrgico, SAQ. Esta transformación se llevó a cabo ya que se entendió que el Sindicato Médico del Uruguay, SMU, no representaba el sentir del SAQ.



La Dra. Beatriz Manaro, fue elegida en 2014 como la primera mujer en presidir la Sociedad Uruguaya de Cirugía Plástica desde su fundación en mayo de 1957. Actualmente es la Directora de UNIQUER.



## Capítulo 20

# MAESTROS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA DEL URUGUAY

ALBERTO IRIGARAY

Misterio del nombramiento de Maestros de la Especialidad.

Siendo el Dr. A. Irigaray, Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay, creyó conveniente realizar un homenaje a aquellos cirujanos que la Sociedad entendió debían estar por encima de la categoría superior que se tenía en la institución y que era la de pertenecer a la misma en carácter de socio titular. Para ese fin propuso crear una categoría de socio maestro de la cirugía plástica. En esa categoría debería incluirse a aquellos cirujanos que habían formado y enseñado a las generaciones más jóvenes, y que a su vez tuvieran una destreza quirúrgica digna de admiración.

Esa idea no era original, ya que el Dr. Irigaray, al concurrir por años a la Clínica Juri de Buenos Aires, le permitió tener un contacto muy cercano con la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Como concurrente asiduo de sus congresos tuvo el enorme placer de conocer al Prof. Malbec, que había sido nombrado Maestro por la Sociedad Argentina. El entonces Maestro Dr. Malbec, ya retirado, no dejaba de concurrir a los congresos. Se trataba de una persona encantadora, escri-

bía libros sobre su actividad y uno de ellos se lo entregó con una muy linda dedicatoria a quien esto escribe, el que se llamaba "Anécdotas de un cirujano Plástico". Siempre era tratado con gran deferencia y cariño por todos y el Maestro permanentemente tenía en sus labios un cuento o una enseñanza. Nunca olvidará este autor la descripción que hizo en el libro acerca de una operación de cirugía plástica de orejas, quizás la primera en el Río de la Plata. Se trataba de una cirugía correctiva de orejas a un vendedor de periódicos que siempre estaba en la puerta del hospital y al que con cariño lo llamaban *orejitas*. Ver el capítulo sobre cirugía estética.

Con ese precedente siempre pensó que sería muy bueno homenajear en vida a nuestros docentes. Presentó la idea para que se tratara en una Asamblea Extraordinaria que se convocaría a esos efectos. De ser aprobada faltaba reglamentarla, ya que había que estipular las condiciones que deberían tener aquellos a quienes se pretendiera otorgar ese nombramiento, la forma de proponerlos, si tenían que estar en actividad o ser jubilados etc. Para ello, la aprobación de esa categoría de Maestro tendría que ser el primer paso. Supuso que el tema interesaría a muchos socios, pero nunca supuso que la Asamblea fuese casi multitudinaria, por momentos casi caótica. Había un número importante de socios que estaba de acuerdo; pero también otro número grande de socios a los que la propuesta no los convencía. Una vez expuestos todos los argumentos, se pasó a la votación que resultó **negativa** por estrecho margen. Por ese motivo la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay no cuenta con ningún Maestro en sus registros, porque no existe esa posibilidad, a pesar de que en todas nuestras reuniones de carácter privado veneramos y consideramos como tales a tres grandes cirujanos plásticos en el Uruguay. Cada uno de los lectores podrá tener una opinión acerca del motivo por el cual se les privó a los cirujanos mayores ser reconocidos y recibir el agradecimiento por el esfuerzo y cariño con que nos brindaron sus enseñanzas. El Dr. Irigaray consultó a su nieta que está en 4º año de Medicina acerca del motivo de aquella decisión, y sin pensarlo mucho le dio su opinión. La respuesta la dejó abierta a todos los lectores y este es uno de los misterios que no ha podido resolver y del cual solo hay conjeturas como respuesta.

De todas formas si la descripción de Maestro es la que enunciamos al principio, estoy totalmente de acuerdo con el Dr. Turnes en nom-

brar al **Dr. Héctor Ardao** como **primer Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora del Uruguay**. Tal como se expresó anteriormente y de acuerdo a lo que conversamos cotidianamente entre la mayoría de los cirujanos actuales habría consenso que la lista de Maestros iniciada por Antonio Turnes, debería incluir a tres cirujanos más y que resaltaron como tales a lo largo de todo este libro. Aunque sentimos gran alegría en nombrarlos ahora como Maestros, también sentimos gran pena ya que a ninguno de los que proponemos se lo pudo decir en persona.

Fue un **Maestro el Prof. Dr. Jorge De Vecchi Larralde**, de quien conocemos tantos alumnos que lo veneran y lo recuerdan permanentemente. Recordamos al Dr. Martín Palacio del Val o al Dr. Gastón Porta y tantos otros que se formaron con “Chichito”, que luego de un rato de charla siempre aparecía una anécdota de De Vecchi. Además tuvo el honor de ser el primer profesor de la especialidad nombrado por la Facultad de Medicina. De esta forma creo que es de justicia nombrar al **Prof. Jorge De Vecchi Larralde, Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay**.

Continuaría con el **Maestro Guillermo H. Fossati**, de quien Irigaray fue alumno y cuando en una reunión de homenaje que le realizó la Sociedad le solicitaron que hablara de su persona, dijo que Fossati era el docente por excelencia, era naturalmente docente. Cuando se lo miraba, se veía que era feliz enseñando. Comparándolo con otro gran Maestro, pero de Argentina, que era el Dr. José Juri que se le veía feliz, sonriente y disfrutando cuando realizaba una cirugía, Fossati era similar en el momento de enseñar. Por lo dicho en el capítulo sobre el servicio del Hospital Pasteur y por lo antes expuesto, el **Prof. Adj. Dr. Guillermo H. Fossati merece ser nombrado como Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay**.

Para finalizar esta tríada de gigantes, hay que reconocer al **Maestro Germán Möller**, que sin duda fue uno de los mejores cirujanos plásticos del Uruguay y gran docente. Cuántos alumnos se emocionan aún hoy cuando hablan de Möller. Tuvo una trayectoria docente importante, tanto en el Instituto Nacional del Cáncer como en el Instituto de Traumatología. Irigaray tiene el placer de concurrir a reuniones periódicas con un grupo de sus alumnos. No existe reunión donde alguno de los presentes, deje de hablar o recordar algún cuento o enseñanza de Germán. Irigaray cuando era jefe de servicio en el Hospital Pasteur lo

invitó para que concurriera un día a fin de realizar una demostración quirúrgica. Se trataba de llevar a cabo una cirugía nasal; le teníamos tres pacientes citados para que una vez que los examinara decidiera a quien desearía operar. Respondió que si el tiempo se lo permitía, terminaría operando a los tres. Möller era el cirujano que al verlo operar aún las cirugías más complejas, todo parecía fácil. También disfrutaba cuando operaba, muy lejos de los gestos hoscos y preocupados de los cirujanos inseguros, **el Dr. Germán Möller hizo méritos suficientes como para ser nombrado como Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Uruguay.**

Si bien Fossati decía que cuando un médico fallece, continúa vivo en el alma de sus pacientes, deberíamos agregar que la frase quedaría completa si dijéramos que también permanece vivo en el alma de sus alumnos. Y aunque la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay no creyó oportuno un reconocimiento a nuestros Maestros mientras vivían, todos sabemos con el tiempo quiénes fueron esos Grandes que enaltecieron y difundieron la especialidad.

## **MAESTROS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA DEL URUGUAY**

ALBERTO IRIGARAY

ANTONIO L. TURNES

### **Héctor Ardao Jaureguito (1907 – 1979) <sup>41</sup>**

Nació en el medio rural, en Barriga Negra, al norte del departamento de Lavalleja el 9 de agosto de 1907. Asistió a la escuela rural en Pirarajá y luego cursó Enseñanza Secundaria en Minas, y se graduó como médico cirujano en Montevideo en 1934. Fue alumno e Alfonso Lamas y colaborador en la Clínica Quirúrgica de Alfredo Navarro Benítez. Hizo su formación como Patólogo clínico, alcanzando el grado de Profesor Agregado, y paralelamente hizo la carrera docente en Cirugía, colaborando con los Profesores Pedro Larghero Ybarz y Abel

---

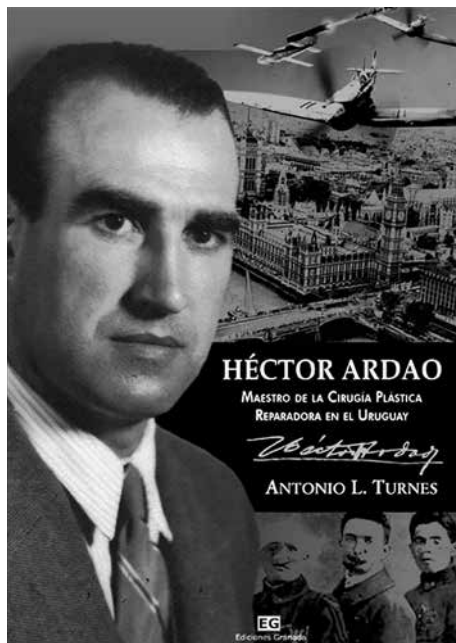
41      TURNES, Antonio L.: Héctor Ardao, Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay. Ediciones Granada, 2011, 400 páginas. De esta publicación proceden las semblanzas de Héctor A. Ardao, Jorge De Vecchi Larralde, Guillermo H. Fossati Benenati, Juan Jacobo Hornblas y Germán Möller Leal.

Chifflet como Profesor Agregado; fue Profesor titular de Patología Quirúrgica y luego Profesor titular de Clínica Quirúrgica. Luego de una sólida base y experiencia como cirujano general, realizó en 1940 una estadía en Rosario (Santa Fe, Argentina) junto a Lelio Zeno (1890 – 1968), quien había desarrollado una rica formación en Europa, en Traumatología y Cirugía Plástica, publicando en 1942 un libro sobre “Cirugía Plástica” en el que trata los más diversos campos de la especialidad, con 560 fotografías de casos personales e innumerables esquemas de las técnicas empleadas, siendo el primer libro de la especialidad en lengua castellana publicado en el mundo.



Desde fines de 1943 y hasta el tercer trimestre de 1944, Ardao viajó a Inglaterra, en plena Segunda Guerra Mundial, en usufructo de una beca del British Council, realizando una épica travesía para llegar, bajo los rigores impuestos por la contienda bélica. Allí estuvo colaborando con Sir Harold Gillies (1882 – 1960), el otorrinolaringólogo neozelandés que durante la Primera Guerra Mundial, sirviendo a la Cruz Roja de Francia, había estado asistiendo pacientes gravemente lesionados en el frente, y aprendido del gran maestro Hippolyte Morestin y de un cirujano máxilo-facial americano “Bobs” Roberts, que tenía un libro de Cirugía Plástica del alemán Lindemann, que fueron su inspiración para aliviar a sus pacientes. En Londres profundizó en la organización de los servicios de Cirugía Plástica Reconstructiva y practicó miles de intervenciones, considerándose el iniciador de la disciplina en ese país. Tarea que llevó a cabo junto a Thomas Pomfret Kilner (1890 – 1964), Sir Archibald McIndoe (1900 – 1960) y Rainsford Mowlem (1902 – 1986), los dos últimos también neozelandeses.

A su retorno a Uruguay en setiembre de 1945 es designado Director Honorario del Centro de Cirugía Plástica del MSP, por el Ministro de Salud Pública Dr. (Economía) Luis Mattiauda, que funcionaría en el Servicio del Prof. Abel Chifflet: sin rubro, sin presupuesto y sin local. El 1° de marzo de 1946 comenzó el Servicio de Cirugía Plástica en el Instituto de Radiología (actual Instituto Nacional del Cáncer), en virtud del acuerdo celebrado entre el Ministro Francisco Forteza y el Director de Radiología Prof. Pedro Barcia.



Su contacto en Londres fue no sólo con Gillies, sino con otras figuras relevantes de la Cirugía Plástica Reconstructiva, alejada de la Cirugía Plástica Estética, a la que en algún momento manifestó su aversión, no sólo con palabras, sino reforzada su actitud con hechos concretos. Aún con sus más brillantes colaboradores.<sup>42</sup>

Con el arrojo y la valentía que puede sentir un joven que procede del interior del País, afrontó su formación médica, ganándose el sustento a través de diversas prácticas docentes, en Anatomía Patológica y en Medicina Legal, en este último caso, desconocido por los cultores de la disciplina. Pero con fuerza y energía fue aplicando sus conocimientos a la construcción de un sólido edificio fundado en firmes pilares básicos: la patología quirúrgica, y la anatomía patológica, que le prodigaron a sus conocimientos, un fundamento impresionante para progresar y enseñar a transitar nuevos caminos.

Así se transformó, a su regreso de Inglaterra, en 1944-45, en el principal referente de una nueva disciplina, que hasta entonces había estado segregada de los ambientes quirúrgicos, con intervenciones acotadas a determinadas patologías, como el tratamiento de los fisurados

42 TURNES, Antonio L.: Héctor Ardao, op. cit., p. 14.



labio-palatinos, y al tratamiento de los grandes quemados en las Clínicas Quirúrgicas generales.

Le cupo a Héctor A. Ardao ser el iniciador de la Cirugía Plástica Reconstructiva en Uruguay, formando un núcleo en el Instituto de Radiología, a partir de marzo de 1946, que fue la chispa que encendió la pradera. Allí acudieron quienes querían aprender una nueva disciplina, para la cual él señaló, muchos años después, un esquema válido: primero una sólida formación como Interno y como Cirujano General; luego la formación en las técnicas de la Cirugía Plástica Reconstructiva. Que al comienzo se ocupó de los graves lesionados de la piel, con cánceres destructivos hasta la base del cráneo, para encaminar prácticas de intervención temprana que pudieran conservar la vida de los pacientes y extirpar a tiempo ese tumor terebrante.

Así se integró el núcleo fundacional del Instituto de Radiología, luego devenido en Servicio de Cirugía Plástica en el Hospital Pasteur, y que más tarde culminaría, ya en 1977, en plena Dictadura, con la instauración de la Cátedra de Cirugía Plástica. Cuyo primer Profesor fue el Dr. Jorge De Vecchi, que no había formado parte de ese equipo fundacional, pero había hecho su propio camino en el Hospital Pereira Rossell, obteniendo logros importantes en la microcirugía, que recién se iniciaba.

Tal vez el carácter de Ardao, fue un impulso y a la vez un freno, para que quienes le rodeaban accedieran a la nueva Especialidad. Formó graduados en Cirugía Plástica, pero renegó de la cirugía estética, a la que consideró el “lomo de la ballena”.

Muchas expresiones de Héctor A. Ardao pueden recogerse para conformar lo que fue su Doctrina de la Cirugía Plástica: por ejemplo su Editorial titulado “¿Cátedra de Cirugía Plástica?”, evidencia su claro pensamiento:

*Cada Servicio de Cirugía Plástica tiene sus características propias. La especialidad comprende muchos sectores orgánicos y se realiza con diversas finalidades. No hay en el mundo un Servicio de Cirugía Plástica que pueda ofrecer una asistencia o enseñanza integral: cirugía reparadora de la mano, reconstructiva máxilo-facial, de quemados, de malformaciones congénitas, de traumatología, etc. Además hay que agregar la Cirugía Estética que es una subespecialidad que, cuando llega, envicia y mata al cirujano plástico”.*

Tenía claro cuál era el camino para formar un cirujano plástico, expresado en el mismo Editorial:

*“La formación de un cirujano plástico requiere una seria preparación orientada. Asomarse a la especialidad desde un ángulo y luego pretender abordarla en sus diversos campos, armado con unos pocos conocimientos, hará transitar a ese cirujano por caminos llenos de pozos. Los pozos son los fracasos. Los fracasos los sufren los enfermos y los conocen los otros cirujanos. Para bien o para mal del cirujano.”*

Sostenía que:

*“Enseñar cirugía es enseñar a tratar bien enfermos. Sin la patología de la enfermedad no se puede aprender la clínica del enfermo. Sin experiencia básica de Cirugía General, no se puede improvisar ejercicio de la especialidad.”*

También se preocupó de manera superlativa por la condición del ejercicio profesional, que notaba ya en su tiempo, deterioraba el estado físico y psíquico del médico:

*“Es preciso repetirlo. La acción deteriora al médico. No hay tarea, profesión u oficio, que gaste más al hombre que la profesión del médico, especialmente al cirujano. El Enfermo no lo comprende claramente, pero lo siente cuando ve que el cirujano en su trance, está las 24 horas del día a su disposición y a disposición de los familiares, en una entrega permanente y variada. Entrega que llega hasta la comprensión de muchos problemas no técnicos, de la pobre condición humana”.*

No dejaba de tener un espíritu crítico sobre la decadencia que anotaba en la ubicación socio-económica de los cirujanos, ya en el comienzo de los años '60, cuando anotaba:

*“Esta entrega no aparece casi nunca, ni se la tiene en cuenta en la suma de los honorarios que, por lo general, hoy tienden a reglarse, desgraciadamente, como trabajo manual, de salario medido por aspectos técnicos. Desgraciadamente porque los propios cirujanos también van cayendo en esta otra clase de “entrega”. Sin embargo, los cirujanos algo han hecho para quitarle fuerza al impacto emocional de la profesión. Tengo presente ahora el recuerdo de una leyenda en un hospital de guerra. Estaba en el Wingfield Morris Orthopedic Hospital, en Headington Hill, cerca de Oxford, Inglaterra. El hospital en que trabajaban Gilderstone, Seddon y Trueta. Decía así: “HOY ES EL MAÑANA ACERCA DEL CUAL USTED AYER ESTABA PREOCUPADO. SIN EMBARGO, NUNCA SUCEDIÓ NADA”. Eran los días oscuros de la guerra, cuando el segundo frente, en julio de 1944. Cientos de heridos. Todos los días, comprendido el propio día D, ingresaban oleadas de heridos de*

*Normandía. La leyenda sedante, en gruesos caracteres negros sobre la pared, encima de la línea de las cuadrículas, al comenzar la jornada, preparaba cada mañana el espíritu de los cirujanos para enfrentar la realidad inmediata. “NUNCA SUCEDIÓ NADA...”. Habían muerto los que tenían que morir, aparecido las gangrenas que debían estallar, vivían los que estaban vivos”. 43*

El Servicio de Cirugía Plástica del Instituto de Radiología fue el primer centro de formación de cirujanos plásticos, que integró a médicos cirujanos y odontólogos, para tratar las más graves lesiones del cáncer de piel en todas sus localizaciones y especialmente a las grandes destrucciones del rostro, consecuencia de las lesiones y los tratamientos de la época. Allí se incorporó Enrique Apolo, que dejó de ser un cirujano “itinerante”. Se iniciaron en aquel Servicio, entre otros, Jorge De Vecchi Larralde, Germán Möller, Guillermo H. Fossati, quienes a su vez formaron a muchos especialistas más jóvenes, y el odontólogo Javier Pietropinto, destacado cirujano máxilo-facial.

Ardao estuvo junto a Enrique Apolo y Pedro Víctor Pedemonte, en la redacción de los Estatutos de la Sociedad Uruguaya de Cirugía Plástica, en 1957. Dejó muchos testimonios escritos, tanto en sus artículos publicados en la contratapa del semanario *Marcha*, al retorno de Inglaterra, comentando sus experiencias, como a través de los editoriales de la revista de la Sociedad de Cirugía Plástica uruguaya.

Fue el organizador y primer presidente de los Congresos Uruguayos de Cirugía, cuya primera edición tuvo el valor de iniciar en 1950, año del centenario del fallecimiento de José Artigas.

En su Clínica Quirúrgica “F”, del piso 7 del Hospital de Clínicas, actuó como Jefe de Clínica (Grado 2) el Dr. Juan Jacobo Hornblas, que sería el segundo profesor de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina, sucediendo al primero que lo fue el Dr. Jorge De Vecchi

Falleció el 20 de setiembre de 1979, a los 72 años.

## **CREACIÓN DE LA CÁTEDRA DE CIRUGÍA PLÁSTICA<sup>44</sup>**

La Cátedra de Cirugía Plástica, sobre cuya oportunidad y necesidad Ardao había escrito un editorial en la Revista de Uruguay de Cirugía

43      TURNES, Antonio L.: Héctor Ardao, op. cit., p. 16.

44      TURNES, Antonio L.: Héctor Ardao, op. cit., p. 315.

Plástica, a mediados de los '60, se proveería mucho más tarde, en 1977, cuando accedió a ella como su primer Profesor titular, el Dr. Jorge De Vecchi (1918- 1980), que había tenido amplio desempeño en la Cátedra de Anatomía, como Disector y Prosector, en Anatomía Patológica, en los Servicios de ORL y Traumatología, y como Cirujano Plástico, concursado en el MSP en 1959 para el Servicio de Graduados del Hospital Pasteur, a cargo del Prof. Dr. Eduardo Blanco Acevedo. Había hecho un largo entrenamiento con el Cirujano Plástico que trabajaba junto a José Luis Bado en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología, Pedro V. Pedemonte (1903-1958). Finalmente desempeñó la jefatura del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Dr. Pedro Visca". De Vecchi había concursado en 1969 para el cargo de Cirujano Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pereira Rossell, pero por diversas circunstancias le dieron ese otro destino, en el otro hospital pediátrico.

Antes que Jorge De Vecchi accediera a la Cátedra, hubo un período en que la Facultad de Medicina y la Escuela de Graduados, determinaron que hubiera dos Servicios donde se impartiera interinamente, la enseñanza y formación de los post-graduados que optaran por la especialidad: una en el Hospital de Clínicas a cargo del Dr. Juan Jacobo Hornblas Gelbtrunk (nacido el 28 de enero de 1934 y graduado en marzo de 1961) y otra en el Hospital Pasteur a cargo del Dr. Guillermo H. Fossati. El Servicio del Pasteur siguió en el tiempo formando buenos cirujanos plásticos, recibiendo becarios, y enviando a perfeccionarse al exterior, sobre todo en Microcirugía, a sus miembros. El Servicio del Hospital de Clínicas, pasó luego a ser asiento de la Cátedra. Quien sucedería a De Vecchi, luego de su fallecimiento, sería Hornblas, hasta su cese por límite de edad. Más tarde sería ocupado ese sitio por Jorge Miguel De Vecchi Gutiérrez, hijo de Jorge De Vecchi (nacido el 21 de diciembre de 1947 y graduado en agosto de 1976, que había hecho una formación muy destacada previamente como anatomista).

Tanto Jorge de Vecchi, Guillermo H. Fossati, como Juan Jacobo Hornblas, habían seguido el camino formativo que proclamaba Ardao: primero cirujanos generales, luego cirujanos plásticos. De Vecchi en la Clínica de Stajano; Fossati lo había hecho en la Clínica del Prof. Stajano primero, con José Suárez Meléndez, y en la del Prof. Juan Carlos del Campo después, guiado por un gran cirujano de la misma

que fue Máximo Karlen, que también tenía afición por enseñar cirugía reparadora. Hornblas había ocupado el primer puesto en el concurso del Internado, y el primero en el concurso para la Jefatura de Clínica Quirúrgica, que desempeñó en el servicio de Juan Carlos del Campo primero, y de Héctor Ardao, más tarde. El crecimiento de sus discípulos generó problemas de todo tipo, particularmente, porque estos fueron dedicándose en forma progresiva, a abordar el nuevo campo de la cirugía estética, además de la plástica reparadora, y buscando nuevos horizontes también en la enseñanza de las técnicas de esa naciente rama especializada. La cirugía plástica estética, tenía una creciente demanda en la sociedad uruguaya y ofrecía un modo de trabajo que no la hacía sometida a la relación de dependencia, ni de las jerarquías, que a veces interferían con el buen funcionamiento de un servicio. La cirugía plástica reparadora se ejercía en los servicios universitarios, en el ámbito mutual, y en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado. No había entonces cirujanos plásticos en el interior del país. Estaban formándose algunos en la clínica de Ardao. Pero la cirugía plástica estética era totalmente una actividad privada, generadora de honorarios interesantes, que permitían una vida más tranquila y desahogada. Aunque requería mucha inversión en viajes y contactos con los mejores cirujanos de plástica estética del exterior, para incorporar técnicas y conocer experiencia. En ese campo no podían pedirle orientación a Ardao, que veía la Cirugía Estética con poca simpatía y directamente no la practicaba. Por su formación había incorporado hondamente que la Cirugía Plástica era para ayudar a rehabilitar al lesionado en el trabajo o en la guerra, para ayudar a los que padecían graves lesiones destructivas que le impedían su trato social, como las del rostro, para trabajar, con la recuperación de la mano, y los grandes quemados. Eso fue partiendo las aguas.

### **Jorge De Vecchi Larralde (1918-1980)<sup>45</sup>**

Según lo relatan Alberto Valls y Juan Jacobo Hornblas, en *Rev Cir Urug* 50 (5): 389-90 (Set.- Oct. 1980) Jorge De Vecchi fue un alumno brillante de la Facultad de Medicina, egresado como Médico-Cirujano con Medalla de Plata en 1948. Había realizado actividad docente

---

45      TURNES, Antonio L.: Héctor Ardao, op. cit., p. 322 – 324.

como Disector y Prosector en el Departamento de Anatomía Normal, y como Ayudante de Clase de Anatomía Patológica. Desde 1942 fue Practicante Interno con excelente puntuación, rotando por los servicios de Otorrinolaringología (a los que se vinculó por su orientación hacia la cirugía plástica), Traumatología, en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología que dirigía José Luis Bado, junto al Cirujano Plástico Pedro V. Pedemonte, Medicina, Ginecología y Cirugía, junto al Prof. Carlos V. Stajano.

Egresó de la Facultad de Medicina obteniendo la Medalla de Plata de 1947, por su alta escolaridad.

Fue Jefe de Clínica obteniendo el primer lugar, y desempeñando su cargo en la clínica de Stajano.

Realizó su tesis de doctorado sobre un tema anatómico: “La vaina del recto”.

En 1959 concursó en el Ministerio de Salud Pública para el cargo de Cirujano Plástico, pasando a desempeñar labores en el Servicio de Graduados del Hospital Pasteur, del Prof. Eduardo Blanco Acevedo, sin descuidar sus funciones en los Institutos de Traumatología y en el de Oncología. En este último, junto a Héctor Ardao y Enrique Apolo, pusieron los cimientos de la actual Escuela de Cirugía Plástica.

También en la década del 50 ingresó al Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, donde introdujo la especialidad, formó alumnos, terminando su carrera en esa institución con el cargo máximo de coordinador general.

En 1969 concursó y obtuvo el cargo de Médico Cirujano Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pereira Rossell. Diversas circunstancias<sup>46</sup> le impidieron tomar posesión de dicho cargo, siendo enviado con el mismo escalafón al Hospital “Dr. Pedro Visca”, donde fundó un servicio de cirugía plástica infantil que funcionó hasta la clausura del establecimiento, más allá de su muerte.

Miembro de un sinnúmero de Sociedades Nacionales de Cirugía Plástica, en el ámbito latinoamericano, fue miembro de Congresos

---

<sup>46</sup> Allí estaban ya instalados en su servicio de Cirugía Plástica José Pedro Cibils Puig y Willy Patochi de Negri, que con sus influencias políticas siguieron firmes en sus cargos.

nacionales e internacionales, con participación importante en los Congresos Uruguayos de Cirugía.

Entre sus trabajos más destacados, estableció los conceptos básicos de la anatomía patológica de la hipospadias y sistematizó su tratamiento eligiendo la oportunidad operatoria y destacando la necesidad de efectuar la cordectomía y la reconstrucción minuciosa de la uretra.

Junto a su amigo, el Prof. Dr. Alfredo Navarro Lussich, estudió profundamente los problemas quirúrgicos del pseudohermafroditismo, y junto a Alberto Valls, la cirugía de las incontinencias esfinterianas, tema que estaba desarrollando cuando le sorprendió la muerte.

Fundador del Servicio de Malformaciones Congénitas en la Caja de Asignaciones Familiares, hoy Banco de Previsión Social, donde intervino centenares de niños, muchos de ellos con técnicas originales no publicadas.

Fue un maestro de la cirugía oncológica cráneo-facial, en la cual su erudición anatómica le permitía obtener soluciones técnicas a las reconstrucciones más difíciles.

Estudió la anatomía patológica de la fisura labio-palatina, demostrando la importancia de la reconstrucción muscular del labio y del paladar, de donde desinsertaba los periostafilinos externos realizando la plastia de los periostafilinos internos y de los glosostafilinos.

En cirugía del miembro superior, fue pionero en realizar las técnicas de suturas primarias de tendones y nervios. Impulsó la cirugía del síndrome del túnel carpiano.

Efectuó las primeras trasposiciones del aductor del pulgar en las secciones del nervio mediano.



En 1965 hizo una de las primeras trasposiciones, publicadas en la literatura, de dedo del pie a la mano, en malformaciones congénitas.

Aportó importantes contribuciones a la patología y tratamiento del síndrome témporo-maxilar.

Insistió y sistematizó el tratamiento de los quemados y en los últimos años estimuló el comienzo de la microcirugía en nuestro país.

Además de su intensa y extensa actividad asistencial, docente y de investigación, fue jefe del servicio médico del Club Atlético Peñarol por muchos años.



Participando junto al Dr. Fortunato Benaim, en un congreso internacional.

Siempre se caracterizó por su bonhomía, su entusiasmo incansable y sus admirables dotes docentes, que brindó sin límites a todo quien recurría a él.

Fundador, miembro titular y presidente en varias oportunidades de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay, son recordadas sus relaciones con el destacado cirujano plástico brasileño Ivo Pitanguy, de



Rio de Janeiro, con quien compartió múltiples eventos científicos, en Uruguay y en el exterior.

Culminó su carrera docente fundando la Cátedra de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de Montevideo, hecho que aconteció en 1977 y a cuyo frente estaba cuando falleció, siendo su primer Profesor Director.

Debe subrayarse que en 1950, ingresó al servicio de cirugía plástica del CASMU, donde recorrió todos los grados del escalafón hasta terminar en el grado más alto que era de coordinador general de los equipos de cirugía plástica.



Saludando al Presidente constitucional del Perú, Arq. Fernando Belaúnde Terry, en 1966, durante el Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica realizado en Lima.

Por otra parte, en 1986 la Facultad de Medicina lo designó para formar parte del tribunal que decidiría a quienes se otorgarían los títulos de cirujanos plásticos ya sea por competencia notoria, así como por actuación documentada. El tribunal designado lo integraban los recordados maestros, además de De Vecchi, Guillermo H. Fossati y Germán Möller; quiere decir que desde 1986 ya no existían dudas de quienes eran los tres cirujanos plásticos más reconocidos.

Tuvo también una interesante actividad privada donde operaba generalmente cirugía estética.

## **ALGUNOS APUNTES SOBRE GUILLERMO H. FOSSATI**

ANTONIO L. TURNES

De todos los cirujanos plásticos uruguayos que ejercieron y ya partieron de este mundo, sin duda ha sido Guillermo H. Fossati quien más contactos desarrolló con las principales figuras de los más diversos ámbitos. A lo largo de muchas décadas, de manera sostenida. Ninguno como él dejó tan rico testimonio de los hechos que marcaron su trayectoria, que hasta cierto punto se confunde con el desarrollo de la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva en el Uruguay. Publicó páginas que merecen refrescarse, porque fue él quien inició la tarea de escribir la historia de la especialidad, con sus luces y sombras. También merece destacar que fue quien hizo mejor comunicación al público, con el mayor cuidado de los preceptos éticos, ayudando a comprender mejor qué era y de qué manera la cirugía plástica, estética y reconstructiva que ayudaba a las personas a lograr la armonía entre cuerpo y espíritu, desmitificándola del halo de frivolidad con que algunos pretendían acompañarla.

En efecto, tanto en la región, principalmente Argentina, Brasil, Paraguay, Chile y Perú, como en México y los Estados Unidos, o en el Reino Unido, en Inglaterra y en Escocia, o en el Continente Europeo, España, Francia, Alemania, Austria, entre otros destinos, viajó permanentemente para tomar contacto y conocer directamente la experiencia y técnicas que realizaban los referentes principales en la renovación de la disciplina. A la vez que invitó a muchas de esas personalidades a visitar Uruguay, dictar cursos y seminarios, enriqueciendo en el conocimiento a sus colegas más jóvenes, en una tarea de maestro que fue de alto valor, dejando hondo recuerdo como un auténtico maestro, mentor y guía.

Graduado en 1958, durante el Internado había estado en contacto con José Suárez Meléndez, en la Clínica del Prof. Carlos Stajano, y con Máximo Karlen en la Clínica del Prof. Juan Carlos del Campo, ambas en el Hospital de Clínicas.

Obtiene la beca Artigas por la Facultad y a través de la gestión de Héctor Ardao, también una beca del British Council, para hacer una pasantía de seis meses en el Reino Unido.

En Londres toma contacto con los cuatro grandes y tiene el privilegio de conocerlos: Gillies, Mc Indoe, Kilner y Mowlen, a quienes conoció, trabajando en el servicio de dos de ellos: Mc Indoe y Mowlen.<sup>47</sup>

En Edimburgo permaneció quince días en un Servicio de Cirugía Plástica de Niños, dirigido por un cirujano muy interesante: A. B. Wallace, donde aprovechó mucho la estadía, especialmente en el tema fisurados, hipospadias y quemaduras en el niño.

En Birmingham pasó tres días en un Servicio de quemados dirigido por el Dr. Jackson, una de las figuras de la época, especialmente en el discutido capítulo de la resección precoz de las éscaras en el gran quemado. Ese Servicio era el sucesor del famoso Servicio de Colebrook, el mejor centro de quemados del mundo, en su época. Allí vivió lo que debía ser un Centro o Servicio de Quemados y toda esa experiencia la volcó en un voluminoso informe que hizo a su regreso.

Esa estadía le permite también asistir como representante de Uruguay al Primer Congreso Mundial de Cirugía Plástica, realizado en Londres bajo la presidencia de Mowlen. Allí conoce a los principales exponentes de la Cirugía Plástica en las más diversas variantes: cirugía de la mano, quemados, estética, y las innovaciones que permanentemente introduciría luego Fossati en su práctica en Uruguay y la región.

Cuando pasa revista a quienes influyeron en su vida médica, en lo formativo, referido a figuras del exterior, destaca a:<sup>48</sup>

- Illouz (Francia) que introdujo la lipoaspiración;
- Fournier (Francia) con quien compartió salas de operaciones, charlas y comidas en París, Brasil, Argentina y en su casa del Lago.
- Iselin (Francia) Maestro de la cirugía de la mano, manifestando que nunca vio poner tantos tornillos en los huesos de la mano como en un par de mañanas que lo vio operar en Nanterre. A

47 FOSSATI, Guillermo H.: Mi vida médica, pp. 221 – 231.

48 FOSSATI, Guillermo H.: Mi vida médica, pp. 284 – 287.

él refirió luego a su sobrino Enrique, que pasó un largo tiempo entrenándose.

- Gilbert (Francia) maestro de Microcirugía, compartiendo jornadas en París, en su clínica del Trocadero, y en las jornadas del Pasteur.
- Cheriff y Naciba, amigos desde Río, con quienes vivieron momentos de amistad en el pintoresco Sur de Francia, en París, en Montevideo, en Turquía.
- Champy (Francia), Maestro de Porteiro. Fossati dio una charla en su Servicio de Estrasburgo
- Morel Fatio (Francia) a quien conoció en Inglaterra, lo trató en Estados Unidos y lo acompañó en su clínica de París, un referente de la cirugía de mano.
- González Ulloa (México). Maestro y pionero.
- Angelito González (México). Como un hermano en todas partes, dice.
- Ortiz Monasterio (México): Gran maestro.
- Ojeda (México), compañero de tantos congresos.
- Beare (Inglaterra)
- Mowlen (Inglaterra): Maestro que me enseñó, a cambio de que le afilara las cuchillas de sacar injertos, una cirugía plástica del estilo de la de Gillies. Era un maestro manejando el bisturí con la mano derecha o izquierda, indistintamente.
- Wallace (Escocia).
- Mustardé (Escocia), que aprendió con él a poner un resorte palpebral y lo publicó en un importante libro.
- Carroll (EEUU): Le enseñó tratamiento del Volkmann y estuvo en Uruguay.
- Millard (EEUU) Destacado cirujano de mano en su Servicio de Miami.

- Borges (EEUU). Le enseñó a operar sin miedo, con anestesia local, sin sedación profunda y sin ayuno preoperatorio, en Washington DC.
- Tafalla (España). En Pamplona prometió un gran congreso en Alicante, que hizo al año siguiente.
- G. Girardi (Italia). Convivieron en Londres. Vivía preparando trabajos para presentar luego en Italia, donde hizo una magnífica carrera.
- Nosenzo (Argentina). Compartieron la vida en Londres, París y Buenos Aires.
- Pitanguy (Brasil). Compartieron la vida en su clínica, en el Pasteur, en su isla de Angra y en el Lago.
- Loda (Argentina), que visitó el Pasteur y estuvo en el Polonio.
- Mira Blanco (Argentina) que buscó instalarse en Madrid, pero volvió a su Mendoza.
- Fujino, Harashina y Tamai (Japón), referente de la microcirugía, que visitó el Pasteur para realizar un curso.
- Recalde padre (Paraguay) que le atendió a él y a Ardao en un Congreso en Asunción.
- Recalde hijo (Paraguay) que le ayudó a operar a su hija en un desgraciado accidente ocurrido en aquel país.
- Bibolini (Paraguay), el único palestino que conoció, médico y cirujano plástico, que ansiaba volver a su país.
- Malbec (Argentina) Un maestro en lo técnico y lo humano.
- Marino, Héctor (Argentina): Le enseñó el ABC de la cirugía plástica en Buenos Aires. Fue un Maestro.
- Estima (Brasil) recibió becarios e intercambiaron homenajes.
- Juri (Argentina): Viejo amigo del Uruguay, excelente cirujano. Emprendedor. En un curso de él en la Universidad de Buenos Aires, presentó Fossati la expansión lineal.

- Hinderer (España), una de las figuras de la Cirugía Plástica Española. Activo, buen cirujano, que por un tiempo compartió su trabajo entre España y Alemania.
- Bragadini (Argentina) muy simpático colega ampliamente dedicado al tema de mama.
- Fortunato Benaim (Argentina): Maestro en el tema de quemados. Autor de una clasificación muy sencilla y lógica, de las quemaduras, que tuvo la gentileza, en una de sus obras, de incluir otra clasificación de Fossati. Benaim fue un permanente sostenedor de espacios para entrenamiento de uruguayos y fueron muchos los que pasaron por el Instituto del Quemado a lo largo de las décadas. Ha cumplido sus 100 años en 2019, pero continúa lúcido y activo en su vida académica e impulsando su Fundación.
- Carrión (Perú) que hizo una pasantía con Ardao y Apolo en Montevideo.
- Bracho (Ecuador): Hizo su posgrado en Montevideo, en la primera época de Radiología. Repartía su vida entre la cirugía y la política, y alcanzó a ser Ministro.
- Castañares (EEUU). Cirujano de gran experiencia.
- Julián Fernández (Argentina): Compañero de muchas Jornadas y autor del colgajo vertical para la reconstrucción mamaria.
- Correa Iturraspe (Argentina). Un hombre enamorado de la belleza, sobre la que escribió un magnífico trabajo. Autor de la “charretera” con J. Fernández.
- Bruck (Austria). Cuya clínica visitó y pasaron hermosos días en Viena y en Roma.

Sin duda ha sido el cirujano plástico que asistió a más congresos internacionales y organizó eventos nacionales, así como quien presentó mayores innovaciones técnicas y realizó cientos de publicaciones. Fue un espíritu inquieto, en lo cultural, en lo humanístico, incluyendo sus incursiones en el arte y la historia.

Pero además de su producción científica, fue un excelente comunicador, con cursos de periodismo incluidos, que permanentemente

brindó información a través de los medios para desmitificar a la cirugía plástica reconstructiva y especialmente la estética.

Él definió a la especialidad en estos términos, en primer lugar, para responder la pregunta ¿Qué es la cirugía plástica, reparadora y estética y a qué tipo de personas atiende?:<sup>49</sup>

La “cirugía plástica, reparadora y estética”, es la parte de la Cirugía que se ocupa de la reparación, corrección de defectos, congénitos o adquiridos, de todas las estructuras anatómicas que forman la parte exterior del cuerpo, la visible. **Reconstruye o corrige las estructuras de LA CUBIERTA EXTERIOR DEL CUERPO ausentes o deformadas.** Toda la labor del cirujano plástico es **reparadora** y toda ella es a su vez **estética**, ya que las regiones del cuerpo en las que actúa son siempre visibles con el cuerpo desnudo.

Al responder otra pregunta: ¿Qué es lo que se conoce popularmente como CIRUGÍA estética?, señaló:

Podemos decir que la cirugía estética no se hace para curar una enfermedad, prolongar la vida o aliviar el dolor físico. **Busca mejorar la “calidad de vida” intentando mejorar la autoestima y una adecuada aceptación de la forma del cuerpo o de alguna de sus partes.**

Contestando la tercera pregunta: ¿Se atiende a todos por igual?, ahí se explaya incorporando su amplio conocimiento del ambiente y de la organización asistencial:

No, no los atiende a todos por igual, ya que las organizaciones médicas sólo consideran enfermedad al campo de la cirugía reparadora y dudan en autorizar operaciones que tienen un claro componente estético (reconstrucción de la mama, etc.) **No consideran cirugía de enfermedad a la conflictiva cuerpo – alma que no sea congénita o se haya originado en una enfermedad o en un accidente.**

Fossati se debate en la disyuntiva, entre la necesidad de las personas de encontrar armonía entre su cuerpo y su alma, por un lado, y por el otro, la limitación que el sistema de salud impone sin reconocer este género de prestaciones, que quedan restringidas al ámbito de las posi-

---

49 FOSSATI, Guillermo H.: Mi vida médica, pp. 272 – 273.

bilidades económicas del paciente para atenderse privadamente, tema que debería corregirse en la evolución de los sistemas de salud.

En cuanto al futuro de la especialidad y su práctica, señalaba en la publicación referida:

**¿Cuál es la solución?** Debe haber varias pero la única que voy a señalar es que **los hospitales o institutos públicos de salud dediquen más camas, más horas de quirófano y más tiempo de policlínica, a la llamada cirugía estética.** Pero para no salirnos de la realidad y caer en una fantasía irrealizable, **se debe crear una adecuada comisión para dictaminar los defectos estéticos que son un verdadero hándicap y por lo tanto justifican la solución quirúrgica en el medio hospitalario.**

## A PROPÓSITO DE SUS MAESTROS URUGUAYOS

Cuando en sus memorias evoca el camino recorrido en su formación, asigna mucha importancia a algunas figuras que en Uruguay fueron sus referentes.

Su contacto con **Velarde Pérez Fontana (1897 – 1975)** fue motivo de admiración por su técnica para la herniorrafia, que es utilizada y admirada en el exterior pero marginada en su País. Técnica que le permitió, cuando Fossati desarrolló actividad como cirujano general alcanzar éxitos no solo con pacientes propios, sino para solucionar problemas donde habían fracasado otros destacados cirujanos. Pero refiere a la cultura de este maestro diciendo:<sup>50</sup>

**La biblioteca de Velarde era famosa.** Él no prestaba libros pero decía que su casa estaba siempre abierta para ir a leer a su biblioteca. Sin embargo a mí me prestó el libro de Gaspare Tagliacozzi sobre reconstrucción de nariz y yo pude leerlo y fotografiarlo. En esa época no se hacían fotocopias. No hace demasiado tiempo su nieto, el Dr. Gil, me lo prestó de nuevo para un trabajo de historia de la medicina.

Una enseñanza de mi pasaje por ese Servicio es que **allí aprendí una técnica para tratar hernias inguinales, original del propio Velarde.** Una maravilla por lo lógica, anatómica y sencilla.

De su excelencia doy fe porque **yo la adopté en forma sistemática y en esa época operaba muchas hernias y operé muchos fracasos de otros cirujanos**

50

FOSSATI, Guillermo H: Mi vida médica, pp. 188 – 190.



**ilustres, teniendo yo éxito donde habían fracasado ellos y siendo yo como cirujano, un niño.**

Ese hecho no es una excepción ya que **Mérola había enseñado a no extirpar los músculos pectorales en la mastectomía (técnica ya sugerida a fines del siglo XIX)** y nadie le hizo caso hasta que, décadas después, un cirujano extranjero (y en inglés) publicó lo mismo. Hasta hoy nuestros cirujanos denominan a la técnica que respeta los pectorales, con el nombre del cirujano extranjero (¡qué vergüenza!). **Es clásico decir que “nadie es profeta en su tierra” pero creo que en nuestro país la cosa es peor.** Quizá porque somos pocos habitantes y... “pueblo chico, infierno grande”. Episodios similares viví muchos a lo largo de mi vida.<sup>51</sup>

Bajo el título **LOS GRANDES DE LA CIRUGÍA**, destaca varias figuras:<sup>52</sup>

A **Carlos V. Stajano**, caballero, interesado en los valores extramédicos de los pacientes; a **Velarde Pérez Fontana**, problemático, irónico, culto y con pasta de gran cirujano, cuyo interés por Miguel Servet le impresionó y contagió; **Pedro Larghero**, rígido, fanático, casi fundamentalista de la cirugía... Un Maestro. **Abel Chifflet**, profesor muy especial en cuyo Servicio estuvo dos años: amplio, interesado en enseñar todos los temas de la cirugía y con un ateneo animado y multidisciplinario, de donde salieron figuras como **Carlos Ormaechea** en cirugía vascular periférica, o **Ruben Varela Soto**, en cirugía de la mano. **Juan Carlos del Campo**, gran cirujano y gran maestro de la cirugía, que enseñó mucho a muchos. **Máximo Karlen**, el gran caballero de la cirugía, un verdadero Maestro, incluso en temas de Cirugía Plástica. “Hacía la cirugía plástica del Servicio de del Campo y a medida que mis conocimientos aumentaban me iba cediendo el campo”.

A **Héctor Ardao**, el segundo de la clínica de Chifflet, que **“Para mí fue un personaje importantísimo”**. **“Enrique Apolo: otro caballero de la cirugía, pionero en nuestro medio de la cirugía plástica en ORL.”** Juan Cendán, era el segundo de del Campo y su sucesor en el Servicio. **José Suárez Meléndez**, hombre de carácter muy agradable, excelente y

51 En febrero de 2018 se publicó en España un artículo titulado: Velarde Pérez Fontana (1897-1975) el genial cirujano uruguayo. Un ejemplo a seguir. Sus valiosas aportaciones a la cirugía de la hernia, por Fernando Carbonell Tatay, en la Revista Hispanoamericana de Hernia. En: [https://www.sohah.org/wp-content/uploads/rehah/v6i2/10\\_AC\\_Hernia\\_Carbonell.pdf](https://www.sohah.org/wp-content/uploads/rehah/v6i2/10_AC_Hernia_Carbonell.pdf)

52 FOSSATI, Guillermo H.: Mi vida médica; pp. 204 – 205.

rápido cirujano. **A él le debo el haber conocido la Cirugía Plástica y haberme enamorado de ella.**

### **Germán Möller Leal (1926 – 2011)**

Oriundo de Salto, según relatos del Dr. Castiglioni, el Dr. Möller, ejerció en su época de estudiante, tareas de tropero. En aquel entonces el traslado de los vacunos desde los establecimientos agropecuarios hasta la tablada en Montevideo, se realizaba por ferrocarril o comúnmente por tierra, trayendo la tropa caminando, en el caso de Möller, desde Salto a Montevideo. El traslado demandaba varios días, por lo que el tropero dormía generalmente a la intemperie, teniendo como almohada su recado y como frazada su poncho de lana, el que



era tejido con un hilado tan apretado que lo hacía impermeable al agua. Con este relato quiere remarcarse la figura de un hombre físicamente fuerte y espiritualmente preparado para sobrellevar los momentos adversos. Ese temple es muy importante en un cirujano como ya fue remarcado por el autor en numerosas oportunidades.

Una vez que se recibió de médico y tal como marcaban las pautas de los cirujanos mayores, quienes se interesaran por hacer una especialidad quirúrgica tenían que comenzar como cirujanos generales y luego decidir su especialización. Por ello concursó y obtuvo el cargo de jefe de clínica quirúrgica G II, de tres años de duración.

A comienzo de los años 50 comenzó a concurrir al servicio de cirugía plástica que había fundado el Dr. Héctor Ardao en el Instituto de Radiología en 1946. Allí concurrían entre otros, los Dres. Enrique Apolo, Guillermo H. Fossati, Jorge De Vecchi Larralde, y Juan J. Hornblas. Ver el capítulo correspondiente.

A su vez, comenzó a concurrir también al servicio de cirugía plástica del Instituto de Ortopedia y Traumatología, que había sido fundado por el Dr. Pedro Víctor Pedemonte.

El Profesor Walter Taibo Canale, que dirigía la clínica quirúrgica infantil del Hospital Pereira Rossell, por la amistad que tenía con el Dr. Möller, le solicitó si podía concurrir a ese servicio para operar a los niños que nacieran con malformaciones congénitas. Allí concurrió acompañado de su equipo durante años en forma totalmente honoraria. Dentro del mismo hospital pero en otro servicio, en este caso el Instituto de Ortopedia Infantil, requerían en ocasiones también sus servicios y allá concurría Möller acompañado de los Dres. Líber Mandressi, Juan Andrés Castiglioni y sobre todo por el Dr. Juan Vanerio, todos en forma honoraria, para solucionar alteraciones de las manos en los niños.

Con el correr del tiempo, ya en ausencia del Dr. Ardao, el Servicio de Radiología se dividió, por lo que una parte comandada por el Dr. Guillermo H. Fossati, se trasladó al Hospital Pasteur, mientras que el Dr. Möller, decidió continuar el frente del servicio que allí quedaba. Por otra parte, en el Instituto de Ortopedia y Traumatología, ante la muerte del Dr. Pedemonte, también fue Möller quien quedó a cargo de ese servicio.

Concurrió al exterior con fines de ampliar sus conocimientos en varias oportunidades, lo mismo que asistió a congresos regionales e internacionales.

Comenzó a trabajar en CASMU y finalizó como G IV, de uno de los equipos de cirugía plástica de la institución.

En ese momento, mostrando gran habilidad para la cirugía y seguido de enorme cantidad de alumnos, que lo veneraban (ya veremos su faceta humana), es que la personalidad de Möller adquiere su real dimensión.

En opinión del Dr. Irigaray, Möller se constituyó en uno de los mejores cirujanos plásticos del país. El Dr. Fossati que lo admiraba por sus habilidades quirúrgicas, siempre comentaba, que cuando veía a Möller operando, y lo miraba desde atrás, parecía que no estaba haciendo gran esfuerzo, aunque se tratara de operaciones de alta complejidad.

En cuanto a su actividad privada, realizó cirugía estética, con gran intensidad.

En 1986 la Facultad de Medicina lo designó para integrar un tribunal, junto a los Dres. J. De Vecchi Larralde, y Guillermo H. Fossati, que tendría una función muy importante ya que evaluaría a todos los cirujanos plásticos del Uruguay para decidir a quienes se les otorgaría el título de especialista, ya fuera por lo que se llamó **competencia notoria**, o por **actividad documentada**; en caso de no entrar en estas categorías el médico debería realizar todo el curso de cirugía plástica que sería inaugurado próximamente.

En el momento que el Dr. Rúben Ardao, le sugirió al Dr. Juan Andrés Castiglioni que acababa de finalizar su jefatura de clínica G II, para que se iniciara en cirugía plástica, le recomendó que hablara con el Dr. Möller, a quien Castiglioni no conocía. Cuando se puso en contacto con él inmediatamente lo invitó a concurrir a su casa esa misma noche. Allí le explicó cuál era el plan para que realizara su aprendizaje, ya que aún no existían cursos oficiales de la Facultad. Lo llevó a su biblioteca particular, la que estaba repleta de libros, ya que Möller era gran lector y compraba ávidamente libros de la especialidad. De allí tomó dos libros y se los entregó para que comenzara a leer lo básico sobre la cirugía plástica, y a su vez, de un gran cajón de su escritorio, tomó una caja de cirugía en la que colocó instrumentos necesarios para realizar las operaciones básicas de cirugía plástica, diciéndole que se la regalaba. Al mismo tiempo, lo instruyó para que al otro día concurreniera al Hospital Pereira Rossell para anotarse en la lista de los cirujanos que podían ser convocados para realizar asistencia de emergencia en niños y le agrega además que lo llamaría para que lo ayudara en las cirugías cuando fuera necesario. Al momento que Castiglioni se retiraba de la casa de Möller, no podía creer lo que había sucedido, entró allí sin haberlo visto nunca, y salió con dos libros, una caja de cirugía y con posibilidades ciertas de trabajar en la especialidad.

En cualquier reunión de cirujanos, cada vez que se hablaba de Möller, tanto en Castiglioni como en tantos otros, siempre aparece ese estado de admiración y respeto que se le tiene a los verdaderos maestros, quienes enseñan sin pedir nada a cambio.

## Capítulo 21

# HISTORIA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA

ALBERTO IRIGARAY

Previo a relatar lo más destacado de la historia de esta sub especialidad, intentaremos realizar un análisis de si este tipo de cirugía es valiosa o absolutamente innecesaria y frívola. Este análisis nos parece importante dado que quien fue nombrado por el Dr. Turnes, como el primer maestro de la cirugía reparadora en Uruguay, denominación con la que estamos totalmente de acuerdo, que fue el Prof. Dr. Héctor Ardao el que tenía una opinión muy crítica hacia este tipo de cirugía. En uno de los tantos editoriales que escribió para la *“Revista de Cirugía Plástica del Uruguay”* dijo que: “la Cirugía Estética que es una subespecialidad que, cuando llega, envicia y mata al Cirujano Plástico”, ello significaba una opinión muy negativa y contundente de quien fuera uno de los fundadores de la cirugía plástica en nuestro medio. En Uruguay, la mayoría de los cirujanos plásticos suponen que por esgrimir esta opinión, la policlínica de cirugía plástica que inauguró y dirigió en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado (BSE), la denominó como Servicio y Policlínica de Cirugía Reparadora, nombre que continua hasta el presente. En general se piensa que al ser éste el único servicio de cirugía plástica que en todo el país no lleva esa denominación, se evitaría toda suspicacia acerca de que allí

se pudiera realizar algún tipo de cirugía estética. Si ponemos en contexto esta opinión de Ardao con las fechas en las que se expresaron, quizás no debería llamar mucho la atención ese comentario ya que si bien Ardao tenía inclinación por la cirugía plástica, había momentos que ocultaba esa inclinación, por temor a que sus colegas cirujanos lo vieran como un “plástico” lo que podría cortarle la posibilidad de un ascenso docente, por el que trabajó toda su vida y en la que llegó al grado más alto que puede aspirar un docente, llegando al Grado V, o sea profesor titular de clínica quirúrgica. Ver el capítulo sobre Los Misterios de la Cirugía Plástica del Uruguay.

La opinión coincide totalmente con lo sucedido con el Dr. González Ulloa, profesor y maestro de la cirugía plástica de México, contemporáneo de Ardao, y fundador de la Sociedad de Cirugía Plástica y Estética de dicho país. En los congresos internacionales solía contar que por los años 60, contemporáneo con los editoriales escritos por Ardao, se trasladó a EUA, para presentar en el congreso Americano de Cirugía, un trabajo científico denominado: “Experiencia con la cirugía del rejuvenecimiento facial”. En esa época el Prof. González Ulloa el cirujano plástico más famoso que había en todo el Continente Americano. Tenía muchísima experiencia y había operado muchas actrices de cine, entre ellas se encontraba una de la más famosas del momento, la actriz María Félix. En esas operaciones había logrado resultados espectaculares. Sin embargo, en el congreso americano de cirugía y antes de que finalizara su presentación, el presidente del congreso, comenzó a golpear su escritorio con tal potencia, que interrumpió la presentación que hacía tan importante invitado. La misma época histórica, los mismos especialistas en cirugía general, la misma opinión acerca de la cirugía estética; se trataba de la idea que la cirugía estética mataba al cirujano. Sin embargo, ese arrebató de autoridad para tratar de negar una evidente realidad, le dio al Dr. González Ulloa una reivindicación inmediata. Ya que al volver desde el estrado a su asiento y encenderse las luces de la sala, la sesión no pudo continuar por un largo tiempo, ya que decenas de cirujanos lo rodeaban y le pedían autorización para ir a verlo operar a su clínica en la ciudad de México. A partir de ese momento se dio una corriente inversa a la actual, los cirujanos viajaban desde EUA hacia México, para aprender.

Para mejor comprender el alcance de la cirugía estética se relatarán solamente muy pocas historias que al parecer del autor, son representativas de las miles que le ha tocado vivir.

En el servicio del Hospital Pasteur cuando, como fue dicho en el capítulo sobre la cirugía plástica en dicho hospital, se había enamorado de esta especialidad, concurrió a la policlínica a su cargo un psicólogo del entonces Instituto Nacional del Menor (INAME) actualmente llamado INAU, quien estaba acompañado de un adolescente. Una vez en la consulta, el psicólogo tomó la palabra expresando que había llegado a la conclusión que dicho chico, debido a sus orejas desplegadas, se había transformado en una persona sumamente agresiva, porque sus compañeros de barrio le habían puesto el sobrenombre de *Dumbo*. Además, le hacían notar el defecto en cada momento, sería lo que actualmente lleva el nombre de *bulling*, por lo que reaccionaba en forma muy agresiva, teniendo continuas riñas callejeras que lo hacían volver a ir a la comisaría y la Justicia tomaba la decisión de internarlo nuevamente. El psicólogo le sugiere al cirujano plástico, que su conducta mejoraría enormemente, si se le mejorara el defecto que tenía en ambas orejas. Con la constancia afirmativa del psicólogo y la firma de ambos padres, procedió Irigaray a realizar la cirugía estética, sobre lo que comúnmente se llaman orejas en asa, realizando una auriculoplastia. El resultado fue muy bueno, la corrección le había mejorado el aspecto general de la cara, sustituyendo el rostro antes agresivo, por una cara más dulce. El paciente estaba radiante. Con el correr del tiempo, cada vez que veía al psicólogo llegando al hospital, le preguntaba por aquel paciente, a lo que le contestaba, que hacía años que no lo veía y se había interiorizado acerca de su conducta que suponía había mejorado ya que no había ingresado más a los establecimientos de reclusión de menores infractores. Éxito para el psicólogo por su diagnóstico, y éxito para la cirugía estética, que pudo reinsertar un adolescente a la sociedad.

Teniendo presente los resultados que se obtuvieron con ese paciente, este autor se interrogó acerca de cuál hubiera sido la vida de *Dumbo*, si un cirujano estético no le hubiera corregido el defecto que tenía en sus orejas. Cuando se describa más adelante la biografía de los primeros cirujanos estéticos en el mundo, se verá que todos iniciaron el camino de la cirugía estética a pedido de los propios pacientes; y muchos ciru-

janos tuvieron que crear técnicas quirúrgicas que no existían a fin de dar solución a lo solicitado. Y todo eso ocurrió hace más de 100 años.

Es muy interesante analizar el pensamiento de algunas personas que sostienen que en general los pacientes que solicitan cirugía estética, se trata de personas que tienen alteraciones psiquiátricas, las que a aducen tener problemas con su aspecto físico; o se trata de una situación exactamente contraria, es decir son personas con trastornos físicos visibles, que tiene repercusión en la esfera emocional, bajando su autoestima, y produciendo depresión, y a los que al solucionar su deformidad mejoran sustancialmente sus emociones. El análisis del paciente que se expone a continuación, puede aclarar esta dicotomía de pensamientos. Un joven, que presentaba una importante alteración en la forma de sus orejas, sufrió *bullying* en toda su etapa escolar; cuando debía iniciar sus estudios secundarios, comenzó a tener gran temor, y fue dilatando su ingreso al liceo. En esos momentos dejó de salir de su casa, hasta que finalmente se encerraba en su casa, sin salir de su cuarto. Hacía años que había hablado con su madre acerca de este problema, pero ella no le asignaba ninguna importancia y trataba de no hablar del tema. En determinado momento, la madre viendo que la situación empeoraba, tomó conciencia de la situación y decidió consultar con un psiquiatra, quien ante la posibilidad de que jamás el paciente saliera de su casa para concurrir a una consulta, accedió al pedido de la madre y concurrió al domicilio. Según el psiquiatra era la primera vez que le sucedía tener una consulta en estas condiciones, ya que el joven encerrado en su cuarto no le permitía al profesional que lo viera y las primeras consultas fueron a través de la puerta cerrada del dormitorio. Lentamente el paciente comenzó a salir del dormitorio a la hora de las consultas, aunque lo hacía portando un gorro de lana que se lo colocaba por debajo de las orejas. El psiquiatra llamó telefónicamente al doctor Irigaray y le dijo que hacía meses que estaba tratando al chico y que quería descartar que no se tratara de un paciente con un síndrome dismorfo-fóbico, o actualmente conocido como trastorno dismórfico corporal, que se trata de un trastorno obsesivo con una preocupación excesiva por algún defecto, sea real o imaginario. El diagnóstico aquí es fundamental ya que, en un caso, se trata de un paciente para tratamiento psiquiátrico de por vida, y en el otro, se soluciona con una cirugía estética.



El psiquiatra se comunicó con el autor, y le relató toda la historia, diciéndole que descartó el síndrome psiquiátrico y que él consideraba que el paciente se beneficiaría con una cirugía de las orejas. Así procedieron, y ante el buen resultado, el primer viaje que realizó el joven junto a su madre, lo hizo al interior del país, para visitar al resto de la familia, que hacía años que no la veía. Este caso fue presentado por el autor en la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, dado el interés de actuar en forma conjunta en determinados pacientes con diagnósticos difíciles para descartar.

El siguiente paciente se trató de una joven que tenía 16 años y presentaba una tumoración redondeada, de unos 2 cm en la parte lateral del labio superior. Se le realizó una biopsia y se trataba de un sarcoma, que es un tumor maligno, muy agresivo, y que aumenta de tamaño rápidamente. Había que pensar, en primer lugar, en salvarle la vida; pero con una resección tan amplia, había que pensar, en segundo lugar, en no dejarla desfigurada para el resto de su vida. Tal cual se realiza en muchos servicios oncológicos del mundo, pero se hace poco en Uruguay, se planeó formar dos equipos quirúrgicos: uno de ellos sería quien realizara la resección del tumor, de forma tan amplia como para tener su extracción completa y curativa. Ese equipo fue dirigido por el Dr. Juan Andrés Castiglioni, y fue el que tuvo que pensar en curarla y no pensar en la reconstrucción, ya que de esa forma es posible que no reseque la cantidad necesaria del tumor, para facilitar el cierre, pero en realidad debe ser el otro equipo reparador el encargado de reconstruir cada una de las zonas que el primer equipo extrajo. El equipo reparador fue dirigido por el Dr. Alberto Irigaray. Cuando finalizó la segunda parte de la cirugía, se dio cuenta que a pesar de la extracción tan amplia realizada, que contenía parte de la mejilla, el ángulo externo de la boca, la mitad del labio superior, y parte del ala nasal, la reparación había sido aceptable. Más adelante realizó dos cirugías correctoras, procurando eliminar las cicatrices, y en una de ellas a sugerencia de Irigaray, se hizo una rinoplastia estética. Como decía el Prof. Juri, no es el cirujano que debe quedar contento con sus resultados; es el paciente que debe quedar conforme, porque las cirugías se hacen para mejorar al paciente, no para alegrar al cirujano. De todas formas, en este caso tanto la paciente como los cirujanos quedaron conformes. La paciente visitó al cirujano periódicamente durante muchos años; en una de esas visitas vino acompañada con su novio. En ese momento

pensó el autor, que la misión de los cirujanos había sido cumplida, la paciente tenía vida social.

La última comunicación se trató de una paciente joven de unos 20 años de edad, que se presentó acompañada por su madre. El apoyo de la familia en pacientes con alteraciones estéticas es muy importante, como se vio en los casos anteriores, ya que les brinda seguridad. Presentaba una retracción del mentón, lo que hacía que la boca quedara demasiado saliente hacia adelante, además con una nariz muy poco prominente. En su conjunto, para una joven lucir ese aspecto, sobre todo el perfil, las hace muy inseguras, bajando su autoestima. Decidió el autor corregir el mentón y pronunciar algo la nariz. Los métodos empleados no fueron agresivos, ya que tanto para el mentón como para la nariz **no necesitó realizarse ningún tipo de cirugía** y todo lo fue solucionado mediante la inyección de ácido hialurónico y en el consultorio. El objetivo estuvo cumplido, ya que a partir de allí se insertó con facilidad en actividades tanto laborales como sociales.

En el otro extremo de la vida se podría pensar que la estética no tiene mayor importancia. Nada más lejos de la verdad. En pacientes realmente mayores que presentaban tumores de nariz, de orejas u otros sitios visibles, siempre le han transmitido tanta preocupación por la curación del tumor, como por la forma en que quedarían luego de la cirugía. Si tienen alguna duda al respecto invita el autor a cada uno de los lectores a pensar seriamente cómo sería su vida laboral, familiar y social, si les faltara la nariz o una oreja.

También está totalmente demostrado que, con conocimientos similares, una persona agradable a la vista tiene más posibilidades de obtener un trabajo, que alguien no tan agraciado.

Hace pocos años una joven de 18 años, consultó por grandes cicatrices que tenía en el abdomen. Le transmitió al autor que toda la vida sintió gran desprecio por el cirujano que la había operado y que le había destrozado la apariencia de su abdomen, acarreando con ello una vida con actividades limitadas. Nunca había concurrido a la playa, ni a un gimnasio, ni se dejaba ver el abdomen por nadie. Cuando la interrogó, ella le transmitió que la habían operado cuando era recién nacida, a las pocas horas de vida. Según le había transmitido su madre, tenía una falta de parte del esófago. Este órgano es la parte del tubo di-

gestivo que conecta la parte baja de la faringe, que continúa a la boca, y lo une al estómago. La patología se denomina “atresia de esófago” y como el lector habrá pensado, si no se corrige rápidamente, nada de lo que el niño come le llegará al estómago y por lo tanto lo vomita inmediatamente. El niño corre riesgo de vida. Piénsese lo minucioso que tuvo que ser ese cirujano uniendo las partes del tubo digestivo que tienen en ese momento un tamaño muy pequeño. **El cirujano actuante le salvó la vida**, pero su operación no estaba a la vista; lo que sí se veía, era la parte final de la operación, que era la sutura de la piel, en un abdomen del tamaño más pequeño posible. Cuando le hizo Irigaray esta explicación, la joven rompió en llanto, ya que le era muy difícil transformar al villano de su vida en el héroe que realmente había sido. Por ello sin duda **toda** cirugía que involucre cicatrices visibles tiene connotaciones estéticas. Por ese motivo se idearon nuevas incisiones en las cirugías más corrientes, como en la cesárea, se pasó de una cicatriz vertical a una horizontal suprapubiana (también denominada incisión de Pfannestiel<sup>53</sup>; lo mismo la cirugía endoscópica realizada a través de incisiones mínimas. Todo ello sucedió porque los pacientes se quejaban de las cicatrices en sus cuerpos y esto transformó criterios estéticos y funcionales en la cirugía general, que por muchas décadas había procedido sin detenerse en ese detalle, esencial para el bienestar de sus pacientes.

Frente a un grupo de cirujanos residentes hizo este autor una pregunta algo engañosa, que ahora se la realiza también al lector, así que en el momento indicado antes de continuar con la lectura cada uno debería dar una respuesta sincera, y luego podrá leer con tranquilidad la respuesta del cirujano plástico que esto escribe.

La pregunta se refería a una situación entre dos personas de la misma edad; mientras que una de ellas dice que cuando se levanta, al mirarse al espejo, ve a una persona con los párpados superiores caídos, en los párpados inferiores que también los ve caídos aparecen unos bultos de grasa, las comisuras de la boca aparecen hacia abajo y el cuello suelto y caído. Todo ello produce un aspecto general de tristeza y envejecimiento, todo a pesar que ella se siente una persona alegre, llena de energía y con espíritu joven. Su cara no refleja lo que ella siente en su interior, por lo que desearía hacerse un refrescamiento facial.

53

Descrita por el ginecólogo alemán Hermann Johannes Pfannenstiel (1862 – 1909).

Por otro lado, otra persona, como fue dicho, de la misma edad y exactamente con las mismas alteraciones, por lo que al mirarse al espejo se ve de la misma forma, pero su respuesta es diferente, ya que dice que le gustaría envejecer dignamente, y que jamás llegaría a realizarse operación alguna.

## ¿QUIÉN TIENE LA RAZÓN?

Después de tener cada uno de los lectores una respuesta sincera y meditada, pasará el autor a detallar cómo contestó el residente de cirugía plástica, quien era el encargado de contestarle. Luego de pensar un tiempo le dice que, a su entender, la respuesta es que las dos personas tienen la razón; ninguna debe convencer a la otra para que cambie de opinión. Coincidió totalmente el Dr. Irigaray con esa respuesta. Insistió que es importante dar una respuesta sincera, ya que en ocasiones las personas que dicen que no se operarían, es por miedo a la cirugía, a la anestesia, a cómo van a quedar luego de operarse. Una psicóloga conocida siempre decía que jamás se operaría por algún motivo estético, pero a los dos meses de divorciarse se hizo una operación para aumentar el tamaño de sus mamas. ¿Y entonces?. ¿Era sincera su primera respuesta, o las condiciones que habían cambiado su vida la hicieron variar de opinión?

La conclusión más importante es que no hay sub especialidades que son buenas, mejores, o peores por sí mismas. Lo mismo sería decir que el invento de la motocicleta fue horrible para la humanidad, porque hay accidentes. Acá depende del humanismo de cada cirujano y en el otro caso de la calidad del que conduce la moto. Claramente debe haber ejemplos como en todos los órdenes de la vida de cirujanos venales que piensen más en el dinero que obtendrán con la cirugía, que en el paciente que operará.

La cirugía estética bien aplicada, le ha mejorado la vida a millones de personas en todo el mundo

Ya vimos como los maestros los Dres. De Vecchi, Fossati o Möller, a pesar de ejercer la cirugía estética, nunca dejaron de enseñar y de practicar con entusiasmo la cirugía plástica reparadora.

## ¿QUÉ ES LA BELLEZA?

El concepto de belleza cambia con la época histórica a la cual se estudie; cambia con las razas, y con las diferentes culturas. Una idea más avanzada, para complicar aún más el concepto, lo expone Umberto Eco en su “Historia de la belleza”, donde expone que la “idea de belleza no solo es relativa según las distintas épocas, sino que aún en una misma época y en un mismo país, pueden coexistir diversas ideas estéticas”. El estado de libertad del ser humano, la influencia de las religiones, y el trascurso de la historia, pueden repercutir fuertemente en el concepto de belleza. A pesar que los ideales de la belleza cambian con el tiempo, los rasgos fundamentales o ideas básicas persisten en el tiempo.

De lo que **no hay dudas** es que en todas las épocas, en todas la razas, y en cualquier parte del mundo, **siempre se ha tratado de embellecer el cuerpo humano**. Algunos colocan esa inclinación hacia la belleza como un instinto natural, que tendría el mismo rango del instinto de conservación o del instinto sexual. **Es una inclinación innata.**

La primera obra de arte en el mundo que realizó el hombre fue adornando su propio cuerpo. Para ello usaba vegetales, pigmentos, plumas, piedras o dientes de animales. Luego trasladó el gusto por la belleza hacia las pinturas o esculturas. La mayoría de las esculturas prehistóricas correspondían a figuras femeninas. Allí se resaltaban sobre todo, los rasgos sexuales secundarios, como caderas, cinturas y mamas. Eran claros símbolos en los cuales se ensalzaban la fecundidad y la conservación de la especie. En esos casos, se está hablando de figuras que se sitúan unos 30.000 años AC. Más recientemente, en el antiguo Egipto, las mujeres al vestirse dejaban las mamas expuestas y utilizaban muchos adornos tipo anillos, aros, collares y aceites.

En nuestro continente, alejados totalmente de influencias de otras civilizaciones, se encontraron esculturas realizadas en los años 900 AC, donde también se rendía homenaje a la figura femenina resaltando sobre todo las mamas. Una Venus de oro encontrada en Colombia, resalta el peinado y los caracteres sexuales secundarios.

Entre las tribus indígenas de África, es común embellecer los cuerpos, algunos agrandando sus labios, otros alargando sus cuellos, otros pintando sus cuerpos o usando collares, dibujos, aros, etc. De esta for-

ma, la idea de que el concepto de belleza es innato y que no necesita enseñanza alguna para aplicarlo, se confirma en todas las civilizaciones.

Una influencia importante de las religiones sobre la belleza ocurrió en la era victoriana, donde las mujeres no solo no se pintaban, sino que se ocultaban.

Es un gran error pensar o afirmar que la mujer occidental actual es más bella que las otras que viven o vivieron en otras épocas o regiones.

Si el concepto de belleza es innato y lo poseemos todos los seres humanos, ¿cómo podríamos definir lo bello y lo feo?

Las características básicas del concepto de belleza en Occidente nos vienen de la época de los griegos, por lo que han permanecido por más de 2000 años y se basa en **el orden, la armonía y la proporción de lo que se mira**. Más adelante se agregó otro concepto muy importante que es la **simetría**.

El Prof. Juri, decía que en el ser humano, no hay nada más asimétrico que las cosas simétricas. Resaltando que no somos idénticos si miramos con detención nuestro aspecto del lado derecho y el izquierdo. Basta mirar la profundidad del surco que va de la nariz hacia el lado de la boca, o surco nasogeniano, o mirar también la forma de la comisura bucal y los surcos que salen hacia el mentón. **Pero en general, estas asimetrías en su aspecto, las personas no lo saben y solo lo reconocen si se las hacemos notar**. Este hecho fue resaltado en un congreso por un cirujano que colocaba por medio de una computadora las dos mitades derechas y las unía, las dos mitades izquierdas y las unía también en el centro y en una tercera diapositiva ponía a la persona en su forma normal, donde destacaba que las tres fotos logradas eran totalmente diferentes. Este hecho, como dijimos, pasa desapercibido para la mayoría de los pacientes que buscan en un posoperatorio una simetría que jamás tuvieron.

El Prof. De Vecchi Larralde, insistía en que la base de la belleza es la armonía, cuya definición en el diccionario de la RAE, en su tercera acepción, dice: **Proporción y correspondencia de unas cosas con otras en el conjunto que componen**.

Por todo lo expuesto ya se llega a un concepto de belleza que es universal, aunque a lo anterior deba anexarse el concepto de **estética**,

que es una palabra derivada del griego cuyo principal significado es sensación o percepción. Por lo que con este anexo, deberá agregarse otro concepto trascendente, que hay un **sujeto** que será el que perciba la belleza.

**La idea principal es que hay un objeto bello y una persona que lo pueda apreciar.** De aquí se concluye que no todos los individuos perciben de la misma forma los mismos paisajes, cuadros, o rostros. Lo que para algunos es algo bello, para otros no lo sería.

La belleza en las personas tiene un valor diferencial, ya que se ha comprobado que la mayoría de ellas lo asocia con el concepto de **bondad**. Hay consenso en que debe separarse el concepto de belleza de ideas que llevarían a una desviación de lo que se está exponiendo, y que incluiría **el deseo, la intención de poseerlo, o manipular al objeto bello**.

**Si tenemos la capacidad de no desviar nuestros pensamientos, la percepción de la belleza es un hecho sublime y produce placer en quien lo admira.**

Por ello hay dos elementos centrales, un objeto, con caracteres de estar ordenado, ser armónico, proporcionado y generalmente simétrico, y una persona que sabe apreciarlo. Teniendo siempre presente que este sentido del gusto puede ser perfeccionado y llegar a poder percibir nuevas cosas bellas donde antes no se las veía.

Según Santo Tomás, hay belleza en todo aquello que agrada a los sentidos, habiendo una estrecha relación entre el objeto y la sensibilidad de la persona que lo aprecia.

Desde el momento que mentalmente se tiene la idea de lo bello, la fealdad se presenta como un **disvalor** (esta palabra que se usa corrientemente y da una idea contraria al valor, no está incluida en el diccionario de la Real Academia Española); la que sí está es desvalor, que en otro tiempo significaba falta de mérito o de estimación.

Según Umberto Eco en su tratado sobre la “Historia de la Fealdad”, el sentido de fealdad también depende de la época, la raza y la civilización a estudiar. Sin embargo, la definición de **feo**, en general es difícil de determinar por lo que se ha optado por definirlo como lo opuesto a lo bello. Según Nietzsche, lo feo se entiende como señal o síntoma de

degeneración. Todo indicio de agotamiento, de pesadez, de senilidad, de fatiga, toda especie de falta de libertad, sobre todo el olor, el color, la disolución, la descomposición, provoca una reacción idéntica: el juicio de valor **feo**. Aunque Schiller encuentra una variante muy interesante al decir “es un fenómeno común en nuestra naturaleza que lo que es triste, terrible, incluso horrendo, nos atrae con una fascinación irresistible, que las escenas de dolor y de terror nos provocan a la vez rechazo y una fuerte atracción”.

El Prof. José Juri hace una salvedad muy importante y que con seguridad a todos nos ha sucedido: “Un ser humano feo desde el punto de vista puramente corporal, puede estar tan profundamente iluminado por la luz de la belleza espiritual, que el conjunto puede ser dominado por ésta; **la belleza es reemplazada por el encanto que despierta la gracia**”.

Al trasladar todo lo anteriormente expuesto a la relación que debe existir entre un paciente que desea un procedimiento quirúrgico de embellecimiento y su cirujano, se pasa a transcribir los conceptos del Prof. Juri, acerca de cómo debe actuar el cirujano en estos casos. Se deja constancia que esta opinión es compartida por la mayoría de los cirujanos que practican la cirugía estética. Dice Juri: “significa que es necesario que el cirujano comprenda al paciente, para no confundir el idioma que debe establecerse entre ambos, y que exista un justo acuerdo entre las **pretensiones** del paciente y las **posibilidades** del cirujano, porque también es importante valorar en su medida el concepto de belleza del paciente, puesto que si el mismo difiere totalmente del que posee el cirujano estético, jamás podrá obtenerse un resultado satisfactorio”.

El cirujano no debe realizar ningún procedimiento para quedar satisfecho él sino que el que debe quedar conforme es el paciente. El autor siempre ha enseñado que dentro de la sala de operaciones hay sólo una estrella; esa estrella es el paciente, todos deben estar a su servicio. Pero si el paciente solicita procedimientos que el cirujano está convencido que son erróneos, debe decirlo con sinceridad y no aceptar a esa persona como su paciente.



## HISTORIA DE LAS PRINCIPALES CIRUGÍAS QUE NORMALMENTE SE LLAMAN ESTÉTICAS

### RINOPLASTIA

Habría que hacer una aclaración inicial, ya que desde el inicio de la historia de la cirugía se le ha llamado rinoplastia a la reconstrucción nasal. Así que todos los procedimientos realizados en India, pasando a Grecia, a la cirugía árabe y llegando a Italia con Branca y Tagliacozzi, se llamaba rinoplastia a la reconstrucción nasal. Actualmente se llama rinoplastia a la cirugía que se realiza para embellecer la nariz, o cirugía estética de la nariz.

Los motivos de consulta más frecuentes para realizar una cirugía estética de nariz son: presentar un bulto o giba en el dorso de la nariz, que sin duda es el motivo de consulta más frecuente; otras consultas refieren al de tener la punta de la nariz muy redonda o abultada; también puede ser un agrandamiento general de la nariz, o presentar la punta de la nariz muy caída sobre el labio superior.

El creador de la cirugía estética nasal fue Jaques Joseph (1865-1934) de Berlín, cirujano de origen judío quien fue el pionero de la rinoplastia moderna. Inicialmente realizó numerosas cirugías dentro de su comunidad.

En sus comienzos actuaba como cirujano en una clínica de ortopedia, para luego continuar como ORL, y finalmente dedicarse a la estética.

En su consulta de ORL, una madre le pidió si podía operar a su hijo de 10 años, porque que era el hazmerreir de su colegio al tener grandes orejas desplegadas. Como no se había realizado este tipo de cirugía con anterioridad, le pidió Joseph a la madre un tiempo de espera, mientras tanto ideaba una técnica absolutamente original. La cirugía fue un éxito. A la brevedad un señor de 28 años al enterarse de la cirugía de las orejas, le pidió si le podía operar la nariz, ya que tenía una giba en el dorso. Lo mismo que en el caso anterior, nunca antes había realizado una cirugía con ese fin. Por lo tanto, tuvo que diseñar nuevos instrumentos y técnicas quirúrgicas, las que surgieron luego de hacer varias pruebas en cadáveres humanos.

En sus primeras operaciones , alrededor de 1920, comenzaba la operación haciendo un corte de la piel en el dorso nasal, por esa brecha sacaba el excedente de hueso y cartílago que formaba la giba. Fue tanto el éxito que inmediatamente tenía varios pacientes que le solicitaban les hiciera la misma operación. Al perfeccionarse, dejó de lado el corte de piel en el dorso nasal y con el fin de no dejar cicatrices visibles en la piel comenzó a reseca la giba haciendo incisiones por dentro de la nariz. Era conocido como “nariz Joseph”. Posteriormente comenzó a realizar cirugías para el rejuvenecimiento facial. En su clínica, mientras realizaba las cirugías no permitía preguntas ni brindaba explicaciones de ningún tipo. En ese entonces, su clínica en Berlín se había llenado de cirujanos del mundo entero. Todos los visitantes lo encontraban como un docente malhumorado y hosco. Sin embargo, entre sus amigos ya en la intimidad, siempre decían que con ellos era todo lo contrario.

Durante los congresos y reuniones exponía una teoría pionera para esos tiempos: él decía que el portador de una gran alteración estética está igual de enfermo que si tuviera una enfermedad física común. Por ello enseñaba que la cirugía estética no era una frivolidad, sino que se trataba de una cirugía muy seria al tener grandes connotaciones en la psiquis de los pacientes.

Joseph se hizo muy famoso en Europa y es llamado el padre de la cirugía estética moderna.

Uno de los visitantes más famosos que recibió en su clínica se trató del Dr. Gustave Aufrich, de EUA, que había nacido en Hungría en 1894, y fue quien a su regreso introdujo y promocionó la técnica de la rinoplastia en los Estados Unidos.

Fue J. Roe un ORL de EUA, quien luego que Aufrich enseñó la técnica de Joseph, resultó el primero en realizar la rinoplastia por vía endonasal, sin ningún corte visible en la piel.

En 1973, Goodman publicó un estudio que denominó rinoplastia abierta, la que se hizo muy popular. Las incisiones se realizan en zonas especiales, que son poco visibles, las que permitían visualizar mejor determinados cartílagos. Este tipo de cirugía abierta fue perfeccionado por Emil Rethi, la que es muy útil sobre todo para el tratamiento de la punta nasal.

En 1958, Cottle, un ORL, realizó lo que llamó rinoseptoplastia ya que a la cirugía estética de la nariz, agregaba también el tratamiento del tabique nasal o septum nasal desviado. Más cerca en el tiempo, se comienzan a utilizar injertos de cartílagos, costales o auriculares, para tratar narices muy deformes. Juri en Buenos Aires fue uno de los principales impulsores de esta técnica de injertos de cartílagos.

En la época contemporánea, aparecieron las técnicas denominadas conservadoras, en las cuales no se reseca la giba ósea, sino que se tratan los huesos y cartílagos por accesos más profundos.

También ha mejorado el tratamiento de las pequeñas alteraciones del aspecto nasal mediante el empleo de los llamados **fillers**, productos que se pueden inyectar debajo de la piel para producir relleno de cavidades o aumento de algunas zonas. Esos productos pueden ser definitivos o transitorios.

## **AURICULOPLASTIA o PLASTIA ESTÉTICA DE LAS OREJAS**

La causa más frecuente de consulta es el alejamiento considerable de la parte posterior de la oreja al cuero cabelludo. Si bien hay otras muchas alteraciones de las orejas, hasta llegar a la falta casi total de la misma o microtia, la consulta más frecuente es por la llamada orejas en asa o desplegadas.

Este tipo de cirugía estética es uno de las pocas intervenciones que pueden solicitar los niños. Siempre que un niño, habla de sus defectos con sus padres, debe ser escuchado, ya que cuando llega a hablar de algún defecto, es que hace meses o años que está sufriendo comúnmente de *bulling* por parte de sus compañeros. El niño debe ser escuchado y apoyado; en caso contrario, puede entrar en gran depresión y desear no salir de su casa o ir al colegio.

El maestro argentino de cirugía plástica, Prof. Ernesto Malbec describe en su libro sobre “Anécdotas de un cirujano plástico”, que él fue uno de los primeros cirujanos argentinos que había concurrido al exterior para interiorizarse acerca de la corrección de esta patología. Una vez de regreso, estaba deseoso de realizar alguna operación para demostrar lo aprendido. El tiempo corría y no tenía ningún paciente con esa alteración para operar. Resolvió entonces ofrecerle al chico que

vendía el periódico a la entrada del hospital, que le llamaban cariñosamente “**orejitas**”, para operarlo sin costo alguno. El chico aceptó encantado en forma inmediata; de esa forma todo el personal del hospital sabía que orejitas sería operado y que su sobrenombre estaría de más. Al ser la primera vez que se realizaba esta operación y para ir operando en forma cuidadosa, decidió operarle una oreja por vez, la segunda sería 30 días posteriores de la primera. Se realizó la cirugía, que fue totalmente exitosa, y al sacar las vendas, todos los funcionarios estaban encantados de ver a *orejitas* a medio solucionar. El hecho es que nunca pudo operarse del otro lado, ya que un ómnibus en el estacionamiento ubicado frente al hospital atropelló a *orejitas*, y éste falleció.

En 1845 Dieffenbach trabajó mucho sobre cirugía de las orejas traumáticas, pero como fue visto más arriba, en Berlín, Joseph por 1896, a solicitud de una madre operó a un niño de 10 años, dando inicio a la cirugía estética de las orejas que es mucho menos frecuente que la cirugía nasal.

Un poco antes y sin que hiciera comunicado alguno en 1881, Talbot Ely, había realizado una cirugía de orejas con fines puramente estéticos, con resultado muy pobre, lo que lo llevó a abandonar ese tipo de cirugía

Luckett en 1910, es el primer cirujano que incluye en la cirugía un tratamiento sobre el cartílago auricular además de la piel.

En 1960 el Dr. Tord Skoog presenta un tratamiento muy ambicioso que consiste no solo en plegar el cartílago sino también extraer parte de los cartílagos que están malformados; esta técnica está vigente hasta la fecha.

En 1962, Pitanguy en Brasil, presentó su técnica en isla para tratar no sólo la piel sino también el cartílago. Mustardé, nuestro cirujano de Edimburgo, del cual ya se habló en otros capítulos, insistió en que se debía debilitar y plegar el cartílago mediante puntos de hilo.

Generalmente esta cirugía no se realiza con anestesia general, aún en niños, ya que si se les explica que sentirán unos pocos pinchazos de la aguja para hacer la anestesia local, y que luego no les dolerá en absoluto, es tanta la ansiedad y angustia que tienen por operarse, que

aceptan inmediatamente ese tipo de anestesia tan poco riesgosa, a fin de solucionar el problema que los atormenta.

## **REFRESCAMIENTO DE LA CARA O *LIFTING***

Los motivos más comunes de consulta son la profundización de los surcos nasogenianos, la caída de la cara a nivel de la mandíbula dando la sensación de un *bull-dog*, y la caída del cuello, comúnmente llamada papada; en general los pacientes dicen que se ven con cara de cansancio.

En 1901, Hollander, de Alemania, extrae un trozo de piel sobrante delante de la oreja. En 1906 Lexer, un cirujano plástico muy famoso, que había escrito libros acerca del diseño de colgajos de la cara, comienza a incursionar en este tipo de cirugía.

Como vimos Joseph, ya en 1921, en Alemania también comenzaba a realizar resecciones de piel en forma segmentaria, delante de la oreja, extrayendo lo que estimaba fuera necesario.

Recién en 1926, la Dra. Noël en Francia, además de hacer una incisión en la piel, realizó un despegamiento de una porción de ella y de ese modo logró extraer más cantidad de piel obteniendo resultados más satisfactorios.

Por los años 1950-1960 Mario González Ulloa, en México, amplía la disección de la piel por delante y detrás de la oreja, logrando por ese motivo mejorar la zona de la mejilla, la mandíbula y el cuello. Ya se mencionó su fantástica anécdota ocurrida en el congreso americano de cirugía. En un momento había tanta cantidad de cirujanos plásticos con apellido González en la Sociedad Mexicana de cirugía plástica que siempre decía “nuestra Sociedad está formada por dos tipos de cirujanos los González y los otros”

Pocos cirujanos en el mundo, si es que hay alguno, que haya hecho presentaciones en congresos y revistas con tanta cantidad de pacientes operados de refrescamiento facial, como Ivo Pitanguy en Rio de Janeiro. Se trataron con él más de 10.000 pacientes.

Este tipo de cirugía se popularizó a partir de los años 60, al mejorar la administración de la anestesia, y a impulsos de las solicitudes realizadas por artistas de cine, teatro y televisión.

Alrededor de los años 70, se comunica el tratamiento no solo del despegamiento de la piel, sino el sostén interno, llamado sistema músculo aponeurótico superficial, que hizo mejorar aún más los resultados haciéndolos más duraderos. A continuación se comenzó a refinar esta cirugía, al tratar mejor la zona de la frente, los párpados, los surcos nasogenianos, las comisuras de la boca y el cuello. Cuando el procedimiento tiene la indicación precisa, este tipo de cirugía se trata de uno de los procedimientos más gratificantes para los pacientes.

## **PLASTIAS MAMARIAS DE AUMENTO**

Se ha transformado en una de las solicitudes más frecuentes de los últimos años. La paciente, la familia y el médico deben saber que siempre se trata de una cirugía que normalmente se realiza con anestesia general. Como todo tipo de cirugía tiene sus riesgos y complicaciones. No hay que tomar una cirugía en forma frívola, sobre todo cuando los que presionan para realizársela son menores de edad. De esa forma el cirujano no debería operar menores de edad, sin el consentimiento de sus padres. Tampoco se debería operar antes de que inicien el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, como son las mamas.

Lo mismo que con el refrescamiento facial, si la indicación es la correcta, el procedimiento produce un aumento de confianza y autoestima en las pacientes.

En 1889, se realizaron por medio de un cirujano, inyecciones de parafina, con resultados inmediatos aceptables y con resultados alejados a mediano plazo desastrosos, por lo que jamás se volvió a utilizar ese método.

En 1895 se realizó el primer intento por agrandar una mama al colocarse en esa posición un gran lipoma extraído de otra parte del cuerpo. Si bien al comienzo la mama se veía bien, el lipoma terminó absorbiéndose y desapareciendo.

Alrededor de 1900, se colocaron diferentes tipos de materiales, muchos de ellos utilizados para reconstrucción de nariz como: marfil, vidrio, caucho, celuloide, espuma de polyester, polietilenos en cintas formando rollos, y teflón. Muchos de esos materiales tuvieron que ser retirados y los otros brindaban resultados muy pobres.

Con la aparición de un producto llamado silicona, se demostró que el cuerpo humano no reaccionaba ante él, ni lo rechazaba, se comenzaron a realizar inyecciones de ese producto en su estado líquido. El resultado inmediato y a mediano plazo era muy bueno, pero a más largo plazo se notó que si bien el cuerpo no lo rechazaba, la silicona podía encapsularse, endurecerse, y aún trasladarse o migrar por debajo de la piel. Se prohibió el uso de silicona líquida con fines estéticos, prohibición que permanece vigente hasta el momento actual. Además está decir que si se prohibió el uso de silicona médica líquida, el uso de silicona Industrial, que **no está esterilizada** y es para utilizarlo como complemento de limpiadores y ceras **jamás estuvo autorizada con fines estéticos y quien la coloque se arriesga a producir graves problemas al paciente, los que han llegado incluso a la muerte, y deberá afrontar las consecuencias de esos actos.**

En 1962, la fábrica Dow Corning, comenzó a fabricar implantes de silicona que consistían en una bolsa de silicona rellena con la silicona líquida, que se trata de un producto parecido al aceite. Ese implante se fabricó en EUA, Japón y Europa y llegó a popularizarse, hasta que se comenzó a discutir si los implantes eran capaces de desarrollar cáncer, por lo que Dow Corning, se retiró totalmente y para siempre del mercado de las prótesis. Mientras se aclaraba si las prótesis pueden ocasionar tumores o enfermedades autoinmunes, en EUA prohibieron su uso por 14 años. Allí aparecieron prótesis constituidas de bolsas de silicona pero rellenas con suero, las que no habían sido prohibidas. Este tipo de prótesis no tuvo muchos adeptos ya que al tacto el suero tiene realmente una consistencia diferente al aceite o al gel, también se decía por parte de las pacientes que sentían sonido como a líquido en sus mamas.

Al demostrarse con estudios de grandes series de pacientes que el uso de las prótesis no tenía relación con la generación de tumores, se levantó la prohibición. A todo esto la constitución de las mismas cambió radicalmente, ya que la envoltura actual contiene varias capas

de silicona, mientras que el contenido se ha logrado transformar en gel, en lugar de líquido, por lo que no se derrama dentro del cuerpo ni aun rompiéndose el envoltorio de la prótesis. Hay ya prótesis que tienen garantía sobre posibles roturas. Últimamente se está estudiando la posible relación entre las prótesis y un tumor de células linfáticas, aunque han aparecido muy pocos casos en el mundo, en comparación con los millones de prótesis colocadas. De todas formas, al ser la silicona inerte para el cuerpo, es decir que no produce rechazo, la mayoría de las prótesis internas tienen compuestos de silicona, a saber: válvulas cardíacas, prótesis arteriales, aún las agujas comunes de inyecciones tienen pequeñas cantidades de silicona para permitir un más fácil manejo. De esta forma la silicona de uso médico también forma parte de la mayoría de las prótesis no mamarias que se colocan en el mundo.

## **LIPOASPIRACIÓN, LIPOSUCCIÓN, REMODELACIÓN CORPORAL**

La lipoaspiración es una de las técnicas de aplicación más reciente en cirugía estética.

Tal como su nombre lo dice, se utilizan instrumentos que aspiran la grasa subcutánea de diferentes zonas del cuerpo. La confusión de los pacientes en general, se incorporó, porque ellos pensaron que se trataba de una técnica que llegaría a hacer adelgazar a las personas al poder aspirar la grasa subcutánea. Sin embargo, en un principio cada cirujano tenía que explicar al paciente que **no se trata de un procedimiento para adelgazamiento**.

La lipoaspiración es una de las técnicas más empleadas en la actualidad, y se utiliza con el fin de la extracción de la grasa acumulada en determinadas zonas, que no se reducen aunque el paciente adelgace. Es muy útil para extraer acúmulos anormales de grasa en determinadas zonas. Un ejemplo claro es en las piernas, en la parte externa alta del muslo, donde la grasa forma como una especie de abultamiento, lo mismo en la parte interna de las rodillas, en la parte baja del abdomen, en las caderas, los llamados “flotadores” o en la cintura. Se ha empleado en todas las zonas donde el cirujano crea que hay un acúmulo excesivo de grasa apartándose de la normalidad. Cuando se realiza la



aspiración de varias zonas, se denomina al procedimiento como remodelación corporal.

Es importante destacar que al comienzo del empleo de este método, a los cirujanos, les pareció demasiado sencillo y subestimaron la importancia que todo método invasivo conlleva. De allí que se cometieron grandes errores, la mayoría por parte de cirujanos, u otros especialistas, que no eran cirujanos plásticos. La mayoría de los errores se cometieron al intentar remover muchos litros de tejido adiposo, lo que llevaba a que los pacientes se deshidrataran, causando colapso circulatorio, que necesitaba reposición inmediata de líquidos por vía intravenosa. Por lo expuesto, más recientemente, cuando los cirujanos y pacientes llegaron a dimensionar que un método de tratamiento sencillo no puede transformarse en un procedimiento potencialmente peligroso, se comenzó a realizar sólo por especialistas, y los problemas bajaron de frecuencia.

De todas formas en esta técnica, como en todas las cirugías estéticas, como se comentará más adelante, es el paciente quien tiene que estar seguro que el cirujano tratante, tiene el título de especialista, aprobado por el MSP del Uruguay.

La grasa se extraía antes de la aparición de la lipoaspiración, junto a la piel en lo que se llamaba dermolipectomía. Esa operación dejaba una incisión que debía suturarse, por lo que inevitablemente el resultado era una cicatriz. Con el fin de extraer sólo tejido adiposo sin realizar grandes cortes en la piel, en Alemania se había propuesto realizar pequeñas incisiones externas a través de las cuales se introducía una cucharilla pequeña de mango muy largo y una vez debajo de la piel, con movimientos precisos, se extraía a través de la cucharilla lóbulos de tejido adiposo. Era un procedimiento ingenioso, pero dejaba muchas irregularidades en la piel y solucionaba deformidades muy específicas.

El ginecólogo italiano Giorgio Fischer en 1974, fue el primero en introducir una cánula debajo de la piel, la que se unía por medio de un tubo a un equipo que producía aspiración por vacío y extraía pequeñas cantidades de tejido adiposo. En 1977, el ginecólogo francés Gerard Yves Illouz, fue el primero en utilizar este método con fines estéticos. Para ello, a través de una pequeña incisión en la piel, introducía una cánula en el espesor del tejido adiposo y con movimientos de vaivén

iba desprendiendo y aspirando el tejido adiposo. En 1978 Pierre Fournier, en París, comenzó a realizar con mucho éxito el mismo procedimiento. Su entusiasmo fue tal que envió una foto en la cual se le veía en la sala de operaciones con la cánula en su mano, aspirando tejido adiposo de la pared abdominal de una paciente. Al reverso de esa foto le había escrito a su amigo uruguayo el Dr. Guillermo H. Fossati: “Este es el nuevo procedimiento de extracción de tejido adiposo, bien vale un viaje a París”; era el año 1982. Con generosidad compartió la nueva técnica con el Dr. Fossati, quien fue el que introdujo ese procedimiento en el Uruguay. Posteriormente al viajar a París el también cirujano plástico uruguayo Dr. Alejandro Vázquez Barbé, desde hace décadas radicado en Venezuela, al conocer esa técnica, fue quien introdujo en ese país la lipoaspiración

En 1984, en el Congreso Iberolatinoamericano celebrado en Asunción fueron invitados, ambos cirujanos franceses a dirigir la palabra para mostrar la técnica y sus resultados por primera vez en América del Sur. Allí presenció el autor, un acto que demostraba claramente que al desconocer los alcances de la técnica había cirujanos que **no consideraban un acto quirúrgico a este método**, lo que llevó a cometer graves errores cuando se lo utilizó en esos primeros tiempos. Como se comprenderá, la sala en la que se hacía la presentación de la lipoaspiración estaba desbordante, había asistentes en los pasillos, en las puertas, en todos lados, porque todos querían saber de qué se trataba, aunque luego la aplicaran o no la utilizaran, había que conocer de qué se trataba y cómo se realizaba. Además en ese momento se trataba de conocerlo a través de sus inventores. También era fácil suponer que en las otras 2 exposiciones que se hacían en otras salas a la misma hora no había asistentes. Ello hizo enojar mucho a un cirujano de México, que no quiso hacer su presentación, que buen trabajo le habría llevado prepararla, en una sala carente de público. De esa forma salió furioso, casi corriendo hacia la sala principal repleta y desde la puerta a los gritos comenzó a decir: “Acá están todos los cirujanos plásticos con estos chupa grasa”. Injuriando no solo a los presentes, sino a los invitados franceses. Fue retirado rápidamente por otros cirujanos presentes, hasta que se calmó.

Esta anécdota expresa exactamente la resistencia que enfrentan quienes realizan procedimientos originales. Siempre fue igual, desde las ideas de Pasteur sobre los microbios que lo enfrentaron a la Aca-

demia Francesa de Medicina, pasando por la resistencia inicial a las vacunas, las que salvaron más vidas en el mundo que cualquier otro procedimiento médico, e hicieron desaparecer enfermedades endémicas como la viruela o poliomielitis, hasta el empleo de los antibióticos, ya que la penicilina una vez encontrada estuvo 4 años sin utilizarse.

En 1985, J. Klein, un dermatólogo de EUA, creó una fórmula de líquidos que entre otras cosas tiene un efecto vasoconstrictor, para ser inyectada previa a la lipoaspiración, dando origen a la llamada lipoaspiración tumescente, lo que implica una aspiración de tejido adiposo casi puro con muy pocas células sanguíneas.

Desde allí en adelante se introdujeron grandes modificaciones en lo referente a distintos tipos de cánulas, y sobre todo disminuyendo el diámetro de las mismas. También se emplean varios tipos de anestesia. Se introdujo el ultrasonido y el láser, con el fin de destruir las células de grasa e ir las aspirando al mismo tiempo, pero sobre todo se precisaron mejor los lugares a ser aspirados y es donde se lograron los mejores resultados.

De esta forma, con mejor indicación de la zona a aspirar, con cirujanos mejor entrenados, con técnicas que casi no producen pérdidas de sangre y con mejores instrumentos, la lipoaspiración se volvió un aliado indispensable del cirujano plástico, permitiendo a pacientes que antes difícilmente concurrían a la playa por defectos en sus piernas o abdomenes, lo mismo en los hombres que se restringían de mostrarse con ropa liviana o sin ropa, debido a la dimensión de la zona de los pechos, una vez realizado el procedimiento, ahora pueden concurrir sin temor a realizar las actividades que elijan.

## **CIRUGÍA ESTÉTICA EN URUGUAY**

Unos de los primeros en introducir la cirugía estética en Uruguay fue el Dr. Fernando Schreiber, venido de Alemania y se decía que había sido alumno de Lexer, que había sido uno de los cirujanos plásticos más importantes en el desarrollo de los colgajos vascularizados y que fuera analizado en capítulos anteriores. Schreiber comenzó a concurrir y a operar en el servicio del Prof. Stajano del Hospital Pasteur. Uno de sus alumnos fue el Dr. José Pedro Cibils Puig, quien fue según el Dr.

Fossati, uno de los primeros cirujanos en Uruguay en realizar procedimientos de cirugía estética en forma rutinaria.

Casi contemporáneo con Schreiber, comienza a concurrir también al Hospital Pasteur, al Servicio del Prof. Blanco Acevedo, el maestro argentino de cirugía plástica, el Dr. Oscar Ivanissevich, que tenía un servicio de la especialidad en Buenos Aires. En sus venidas esporádicas a nuestro país, ofrecía conferencias y brindaba demostraciones quirúrgicas tanto en el Hospital Pasteur como en el Hospital Maciel. Se transformó así en el primer docente de la especialidad en Uruguay. Tanto fue el interés que despertó que quienes sintieron inclinación por la cirugía plástica, le solicitaron concurrir a observarlo a su servicio de Buenos Aires. De esa forma concurren el Dr. Rafael García Capurro que era cirujano general y el Dr. Pedro Víctor Pedemonte, que era traumatólogo. Fue éste quien a su regreso comenzó a realizar operaciones de cirugía estética con bastante asiduidad, sobre todo rinoplastias. Sin embargo, además de Cibils Puig, los cirujanos que comenzaron a realizar en forma casi rutinaria todo tipo de cirugías estéticas, fueron los Dres. De Vecchi Larralde, Guillermo H. Fossati y Germán Möller. Para no nombrar a quienes están actualmente en actividad, a los tres cirujanos previamente nombrados, deberíamos agregar a los Dres. J. J. Hornblas, Martín Palacio del Val, Héctor Ventós, Eugenio Bonavita Páez, Enrique Pera Erro, y Gastón Porta. En el interior del país debemos destacar el Dr. Mario Sarlo, quien era discípulo del Prof. José Juri, de Buenos Aires, y de quien se dice que fue el cirujano que realizó mayor cantidad de operaciones de rinoplastias estéticas en nuestro país.

## **LOS DOCENTES MÁS IMPORTANTES EN AMÉRICA DEL SUR DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA**

Los dos grandes referentes de Sudamérica, con quienes aprendieron no sólo los cirujanos plásticos de la región, sino también del mundo entero fueron los Profesores Ivo Pitanguy en Rio de Janeiro y José Juri en Buenos Aires. Sus pacientes, y como se dijo sus alumnos, provenían de todas las regiones del mundo.

## **Dr. Ivo Pitanguy (1923-2016)**

Su padre fue médico-cirujano y gracias a ello pudo realizar múltiples viajes de perfeccionamiento al exterior. Concurrió a USA, donde estuvo en hospitales de Cincinnati, en Nueva York, donde en la Clínica Mayo conoció a uno de los cirujanos Plásticos más famosos; se trataba del Dr. J. Marquis Converse, quien ya había publicado varios trabajos científicos de la Especialidad.

En 1950 realizó una nueva gira para conocer a los grandes cirujanos y Servicios de la Especialidad, esta vez de Europa. En París conoció al Dr. M. Iselin, por ese entonces uno de los cirujanos de la mano más reconocidos, para posteriormente continuar su viaje hacia Inglaterra.

En Diciembre de 1961, ocurrió un hecho trágico que marcaría para siempre su futuro. En Niteroi, frente a Río de Janeiro, se produjo un incendio en una carpa de un circo repleto de espectadores, se contabilizaron 2500 heridos. En esa ocasión desplegó tanto él como sus colaboradores una actividad que no supo de descanso a fin de tratar de la mejor manera posible a tal número de personas, las que presentaban heridas y quemaduras. Su desempeño fue reconocido por toda la comunidad.

En 1963 fundó la “Clínica Ivo Pitanguy”, una de las más actualizadas del mundo tanto en lo edilicio como en instrumentos y en la parte técnica. Sin embargo aún continuaba concurriendo a ver pacientes a la “Santa Casa”, que es una institución estatal de asistencia médica.

En su clínica se dedicó en la parte asistencial fundamentalmente a la rama de la cirugía estética, así como también a realizar docencia porque recibía solicitudes de médicos de los más diversos lugares que querían conocer sus técnicas quirúrgicas. Fue muy famosa la técnica de Pitanguy para la cirugía de reducción de las mamas. La clínica tenía un régimen de trabajo llamado Residencia, en la cual generalmente los médicos jóvenes trabajaban durante tres años. Al finalizar ese período los Residentes se transformaban en expertos en cirugía estética. Por ese motivo, era muy difícil obtener uno de esos cargos ya que eran pocos los cupos ofrecidos en relación a los muchos aspirantes. Por otro lado, estaban las pasantías que eran en ocasiones muy breves, ya que había médicos que poseían cierta experiencia y concurrían solamente durante una semana o quince días. Es evidente que existía una gran di-

ferencia entre trabajar 3 años como Residente o limitarse a observar las operaciones durante una semana. De esa forma se había generado un descontento sobre todo entre los cirujanos mejicanos, los que decían que en ocasiones ciertos médicos concurrían a Río por una semana y al volver se autodenominaban **alumnos de Pitanguy**, hecho que les daba mucha relevancia dada la fama que tenía Pitanguy en todos lados.

Fue muy amigo del Uruguay, y sobre todo muy amigo del Dr. Guillermo H. Fossati, Concurrió en dos oportunidades al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur, donde brindaba sus conferencias y era apreciado por todos. Siempre llamó la atención, que cuando llegaba, saludaba a cada uno de los integrantes del Servicio conociendo su nombre y apellido y en ocasiones preguntaba hasta por los hijos de los cuales conocía los nombres de manera correcta. ¿Tenía una libretita con los nombres de los cirujanos de cada País o era de memoria?, nunca lo sabremos.

Dejó frases memorables tales como: “No se mide la deformidad por aquello que estás viendo, sino por aquello que causa sufrimiento en el otro”. En cierta ocasión durante un Congreso y en un aparte quedaron conversando el Prof. Juri, el Prof. Pitanguy y el Dr. Irigaray. Son esas reuniones casi íntimas que generalmente se dice que son las reuniones más importantes de los congresos. Ello se puede dar solamente si las reuniones son presenciales. Lo cierto es que Juri le hizo una pregunta de las que nunca se hacen ante un gran auditorio. La pregunta fue ¿de cada 10 pacientes que piden por una cirugía, a cuántos de ellos terminaba operando? La contestación nos dejó una gran enseñanza ya que dijo que de 10 personas que consultaban para operarse, al fin terminaba operando solo a 4. Los otros pacientes le pedían fantasías, estaban deprimidos y pensaban que la cirugía era la salvación, o simplemente se veían defectos que en realidad no tenían. Esa manera de actuar se condice con una de sus frases más recordadas: “El cirujano tiene la obligación de decirle al paciente, **lo que puede, lo que no puede y lo que no debe hacer**” para continuar con que «hay que huir de la banalización de la cirugía».

Con motivo de los Juegos Olímpicos desarrollados en Río de Janeiro, el 5 de agosto de 2016 sentado en una silla de ruedas cargó por un trecho la Llama Olímpica, muriendo al día siguiente.

Con él se fue uno de lo que se ha llamado uno de los brasileños más famosos del mundo.

### **Profesor José Juri. (1933-2021)**

El Dr. Juri , desde joven se inclinó por la cirugía estética. Tenía gran facilidad para el dibujo, y también le gustaba recitar poesía y versos gauchescos. Lo mismo que Pitanguy, tenía grandes posibilidades para realizar viajes al exterior para de esa manera conocer en detalle la cirugía plástica que se realizaba en otras partes del mundo. Había inaugurado su propia clínica en la calle Cerviño, muy cercano al Hospital Fernández, en Palermo. Allí por años desarrolló tareas asistenciales y docentes.

La tarea asistencial era dedicada hacia la cirugía estética, donde Juri era muy reconocido, tanto por sus técnicas innovadoras para el tratamiento de la calvicie masculina, así como para el tratamiento de las deformidades nasales. En ese campo fue un gran impulsor de la colocación de cartílagos extraídos de las orejas para mejorar las grandes deformidades nasales.

El Dr. Irigaray concurrió por años a la Clínica Juri fundamentalmente para realizar técnicas de microcirugía. Con ellas Juri había actualizado el tratamiento de la calvicie así como realizaron juntos intervenciones de reimplantes de cuero cabelludo y el tercer reimplante mundial de una oreja amputada. Era tal la energía y alegría que Juri desplegaba cuando llevaba a cabo una operación, que Irigaray dijo alguna vez que “si el Servicio del Hospital Pasteur fue el que le produjo un enamoramiento por la cirugía plástica, ver operar al Prof. Juri le produjo el mismo sentimiento por la cirugía estética.”

Operó, en ocasiones, sin costo alguno a grandes figuras, del teatro y la televisión argentina.

Desde el punto de vista docente, también ofrecía cargos para Residentes los que tenían que cumplir sus tareas con una duración de tres años, pero al finalizarlos los cirujanos lograban un entrenamiento tal que triunfaban en cualquier lugar donde fueran a trabajar. Además brindaba cursos de 3 o 4 días de duración, donde hacía alarde de gran

resistencia física ya que en un día de curso era capaz de operar a 6 o 7 pacientes.

Fue uno de los cirujanos plásticos más amigos del Uruguay; concurría a cuanto congreso o jornada científica se le invitara, logrando con su presencia gran prestigio el evento. En Uruguay se sentía tan bien que llegó a adquirir una casa en un balneario del Este.

Más recientemente había cumplido su sueño de edificar e inaugurar una de las clínicas quirúrgicas más modernas de América del Sur.

Fue autor de numerosos trabajos científicos los que se publicaron en libros y revistas científicas de todo el mundo.

Para finalizar este capítulo que anticipadamente puede parecer controversial, los autores esperan haber brindado una clara información acerca del alcance y la importancia que tiene la cirugía estética en las personas.

A su vez el cirujano plástico debe tener las siguientes características que son las que le harán obtener buenos resultados en beneficio de sus pacientes. DEBE TENER:

**LÓGICA EN LA DECISIÓN**

**DELICADEZA EN LA EJECUCIÓN Y**

**HUMANIDAD EN EL TRATO.**



## Capítulo 22

# CÓMO ELEGIR CIRUJANO PLÁSTICO

ALBERTO IRIGARAY

### **ELEGIR CIRUJANO PLÁSTICO, NO UNA CLÍNICA**

Hace un tiempo atrás los pacientes elegían al cirujano Plástico conociéndolo por su nombre y apellido; sin embargo lentamente, hasta llegar al momento actual, ocurrió un fenómeno de carácter mundial, por el cual surgieron clínicas de cirugía estética a las que se les colocan nombres de fantasía muy atractivos. Llama la atención de que si a un paciente que se operó en una de esas clínicas se les pregunta acerca de quién lo operó, generalmente responde diciendo el nombre de la clínica. Equivocando la respuesta, ya que la pregunta está dirigida a QUÉ CIRUJANO le operó y no DÓNDE se realizó la cirugía. Es asombroso cómo muchos pacientes no tienen idea del nombre del cirujano. Es muy probable que se conozca mejor el nombre del peluquero que el del cirujano.

Increíblemente las clínicas con nombres atractivos han logrado despersonalizar al cirujano, retirándolo de la atención de los pacientes, aunque no hay que olvidar que ese cirujano desconocido será al fin el responsable de la cirugía. Conocemos clínicas en las cuales aún las primeras consultas, que son las más importantes para entablar el vínculo

médico-paciente, son realizadas por asistentes, que no son médicos, pero se encargan de decidir, cuál tipo de operación será la mejor y hasta el tipo de anestesia a utilizar. De ese modo el paciente conoce al cirujano el día de la operación. Decir conocer es algo muy genérico ya que no sabe su nombre y en ocasiones no le conoce ni la cara, ya que cuando lo logra ver ya está con gorro y tapabocas colocados. Para ese tipo de pacientes, todo parece normal, ya que la Asistente con la que habló desde el comienzo, está allí presente.

Creemos que pocas decisiones en la vida son tan aberrantes como la expuesta aquí. Cualquier tipo de cirugía y sobre todo si se realiza con anestesia general, implica una transferencia de responsabilidades tan enorme como se dan pocas veces en la vida.

Piénsese que en muy pocos momentos de nuestras vidas sucede algo parecido como el momento de tener una anestesia general ya que el paciente dormido le cedió al cirujano y sólo a él, el poder de decidir lo que se le irá haciendo y aún más en caso de surgir algún inconveniente, será el cirujano, ya que el paciente está anestesiado, quien tomará las medidas que entienda convenientes. El paciente implícitamente le permite al cirujano QUE DECIDA POR ÉL, le cedió la libertad de decidir. Algo similar sucede al subir a un avión, ya que en el momento de despegar, ninguna persona puede tomar alguna decisión acerca del vuelo; hemos cedido nuestra libertad al piloto y a la compañía aérea. Hay un estudio muy interesante, citado en el libro “La decisión médica” del autor francés Lucien Israel, donde después de hacer un minucioso estudio de numerosos pilotos de aviones y cirujanos, llegó a la conclusión que las compañías de aviación eligen mejor a sus pilotos que las instituciones médicas a sus cirujanos.

Por lo expuesto nos parece trascendente elegir un cirujano con nombre y apellido y a su vez tener varias consultas con él, antes que decidir por operarse en clínicas donde el nombre del cirujano se revela tardíamente.

## **CÓMO CONOCER SI EL CIRUJANO PLÁSTICO TIENE TÍTULO HABILITANTE**

Luego de lo dicho anteriormente es trascendente que se conozca, en caso de dudas, si ese médico cuenta con el título de cirujano plástico reparador y estético en el Uruguay. Para ello se puede obtener la información en la PÁGINA WEB DEL MSP, lo mismo que en la página web de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA Y ESTÉTICA DEL URUGUAY. Allí aparecerán los nombres de todos los cirujanos que están habilitados para ejercer la especialidad en todo el territorio de la República.

Siempre conocimos a lo largo de los años algún médico recién recibido, sobre todo en el Interior del País, que comienza a realizar procedimientos de carácter estético.

Recordemos que antiguamente cuando un estudiante finalizaba los cursos de Medicina, la Facultad le extendía un Título en el cual decía que actuaría como Médico-Cirujano. Sin embargo desde hace muchos años al contar con una Escuela de Graduados que ofrece cursos para Especializaciones, el Título al que accede el estudiante al final de los estudios es de DOCTOR EN MEDICINA, de allí se deduce que quien posea ese título no está autorizado para realizar ningún procedimiento quirúrgico.

Sin embargo, a pesar que son la excepción, siempre habrá algún doctor en medicina que comenzará a operar, sobre todo cirugía estética. Aunque ese camino es muy corto y generalmente termina en forma rápida, ya que luego de algunas “operaciones” varias de ellas terminarán con resultados desastrosos, por lo que son los mismos pacientes quienes comenzarán a hablar mal de ese médico. Lo lamentable es que luego de ese periplo, por el camino quedarán los pacientes con ilusiones destrozadas y en muchos de ellos aparecerán defectos físicos difíciles de reparar.

Se ha realizado un estudio muy amplio para conocer de qué manera reaccionan los pacientes cuando, una vez operados, el resultado es bueno, o las reacciones en otros casos, donde los resultados son muy malos. Las cifras del estudio muestran que si un paciente tuvo un resultado bueno, normalmente se lo trasmite a 9 de sus allegados o co-

nocidos, mientras que si el resultado es malo esa opinión le llega a más de 20 personas. Por lo que deducimos que aquella antigua creencia de que las malas noticias se propagan más, es totalmente cierta.

## INTRUSISMO MÉDICO

Este problema existe en cirugía estética aunque ocurre también en otras especialidades. Se trata de personas médicas o sin título alguno que dicen realizar procedimientos estéticos tan novedosos que no los conoce nadie en el mundo; solo ellos saben la técnica para obtener resultados excelentes, mediante procedimientos de muy corta duración, casi sin usar anestesia y del cual el paciente se recuperará tan rápido que no necesitará pedir licencia en su trabajo.

Generalmente vienen de países vecinos, los que luego de realizar una propaganda previa a su llegada en periódicos o televisoras locales, se asientan por 2 o 3 días en un hotel importante, cuya habitación se transforma en un pequeño quirófano. Luego de ese período, generalmente desaparecen. Después de lo expresado desde el comienzo de este capítulo entendemos que es una temeridad aceptar la invitación que nos ofrecen.

## CUÁL ES EL MEJOR PACIENTE

Cuando a un paciente luego de realizar una o dos consultas se le presentan dudas acerca de la operación planteada, la decisión es muy sencilla: **no debe operarse.**

Nuestra recomendación es clara: **en caso de duda, no se opere.**

El mejor paciente es aquel que cuando una vez que llegó al lugar donde se operará, sentado a la espera de que lo trasladen a la sala de operaciones sabe contestar la siguiente pregunta; “¿por qué estoy aquí?”

Uno de los pacientes que le dejó excelentes enseñanzas al Dr. Iriaray se trató de un varón de 17 años, que llegó a la consulta acompañado por su madre. La consulta se trataba acerca de la posibilidad de realizar al joven una cirugía estética de la nariz. Decía que la notaba

muy grotesca y que desde la escuela ya se reían de él. Cuando hizo la pregunta si ese aspecto se podría mejorar, la madre comenzó a decirle que no es cosa de hombres hacerse cirugías estéticas, que si se opera lo verán como un afeminado, agregando otras frases agresivas similares. Al examinarlo, el médico expresó la opinión de que el chico tenía la razón, que la nariz tenía un aspecto que salía de lo normal y que era posible mejorarla. Al terminar casi la consulta, se le dijo a la madre que por suerte se trataba de un problema que se podía mejorar operándolo, mientras hay otros problemas como la angustia o la depresión que son imposibles de mejorar con una cirugía. La madre da por finalizada la consulta. Un año más tarde, el joven ya había cumplido sus 18 años, regresó a la consulta, recordando lo que se había hablado y que en ese momento estaba decidido a operarse.

El día de la cirugía, al llegar a la sala de operaciones interrogó a los presentes con la pregunta de “¿qué día es hoy?”, todos le dijimos la fecha del día; sin embargo con una sonrisa nos dijo: “se equivocan, hoy es el día más feliz de toda mi vida”.

Con este ejemplo queremos decir que se había transformado en uno de los mejores pacientes ya que sabía lo que se le haría, conocía a su cirujano, estaba plenamente seguro y deseaba operarse.

Si el ejemplo anterior demuestra cuál debe ser el ánimo del paciente que elige operarse, pasaremos a detallar **quiénes no deberían operarse**.

1.- Los pacientes que son inducidos por otras personas a operarse, son las llamadas cirugías por encargo; se trata de personas con escasa personalidad, y poca autoestima, que haciendo caso a su familia y sobre todo a su pareja, la que en general la presiona para que “se opere, o habrá una separación”. Es fácil entender la importancia de las primeras consultas como para despistar estas anomalías.

2.- Los pacientes que están transcurriendo un momento de angustia o depresión, tal como sucede frente a una ruptura de la pareja o un fallecimiento de alguna persona cercana, en ellos es preferible diferir en algo la cirugía hasta que el paciente se equilibre emocionalmente.

3.- Por supuesto que no se deben operar los pacientes que desean a través de la cirugía realizar una fantasía, como puede ser tratar de terminar pareciéndose a un personaje famoso.

## **¿POR QUÉ CIRUJANO DECIDIRSE?**

Cuando hay un antecedente familiar o entre amigos que se realizaron operaciones con cirujanos conocidos la decisión parece sencilla; continuar con el mismo cirujano si todo transcurrió siempre bien.

En caso de no conocer a nadie se puede hacer consultas con dos o tres cirujanos y nomás ya que con cada nueva consulta con diferente cirujano se entreveran más las ideas, por lo que es bueno elegir entre esos dos o tres primeros. ¿Cómo decidir?

El Dr. Fossati, repetía constantemente a sus propios pacientes diciéndoles que debía decidir por quien les hizo sentir mejor, contestó todas sus dudas, y lo sintió sincero, y agregaba: “piense en aquél con que intercambié una mirada y sintió adentro suyo una empatía tal como que ese era el cirujano que estaba buscando”.

En la duda, no se opere, pero si ya se decidió, haga de su día de operación uno de los días más lindos de su vida.

## Capítulo 23

### ALGUNOS REFERENTES DE LOS CIRUJANOS PLÁSTICOS, REPARADORES Y ESTÉTICOS URUGUAYOS

ANTONIO L. TURNES

#### **LELIO ZENO (1890 – 1968)<sup>54</sup>**

Lelio Olchese Zeno nació en Turín (Italia) el 16 de Marzo de 1890. El apellido Zeno tuvo gran popularidad en Europa en la Edad Media, debido a la devoción a San Zeno, quien fuera obispo de la ciudad de Verona en 1334.

Su familia emigra a la Argentina y se establece en Rosario en 1891. En 1915, Lelio Zeno obtuvo su título de médico con medalla de oro en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.



---

<sup>54</sup> Resumen biográfico gentilmente enviado por su nieto Lelio Alfredo Zeno (médico y profesor de Urología en Rosario) y7 su bisnieto Lisandro Zeno.

Apenas graduado, inicia su experiencia en cirugía general junto a su hermano Artemio, Profesor Titular de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario.

En 1916, cursa un año como interno en la Clínica Mayo de Rochester, EEUU, donde desarrolla la técnica para la herniorrafia umbilical, conocida actualmente como Técnica de Mayo – Zeno.

En 1917, viaja a Europa para ampliar sus conocimientos en cirugía trabajando en dos hospitales de Londres y en el Hospital Necker de París en 1918.

A su regreso a Rosario ocupa el cargo de Profesor Adjunto de la Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, e ingresa como miembro titular de la Sociedad Argentina de Cirugía.

En los años siguientes decide dedicarse a la traumatología, cirugía plástica y reconstructiva. Viaja nuevamente a Europa para formarse en Viena junto a Lorenz Böhler y en Bolonia junto a Vittorio Putti (1880-1940). Se integra a la Sociedad Internacional de Ortopedia y Traumatología, presentando una técnica personal para el tratamiento de las fracturas supracondíleas del codo en el niño con “tracción al cenit”, actualmente conocida como técnica de Bowman – Zeno.

En 1924, con su hermano Artemio y el Dr. Oscar Cames, fundan el Sanatorio Británico de Rosario, y es allí, y en el Hospital Centenario, donde desarrolla su ardua tarea asistencial. En 1929, como fruto de su matrimonio con Cristina Monserrat, nace su único hijo Lelio Miguel Zeno. En 1931 viaja a Moscú contratado por el gobierno de la URSS, para organizar el Servicio de Traumatología, en el Hospital de Emergencias “Sklyfasowsky”, junto al célebre cirujano ruso Sergio Yudin, conocido en el mundo científico por su gran experiencia en úlceras perforadas de estómago, sus audaces intervenciones sobre heridas del corazón y más particularmente por haber creado la transfusión de sangre de cadáver, que en ese entonces salvó la vida de numerosos pacientes.

En 1934, viaja nuevamente a la URSS donde permanece durante 18 meses, y organiza el Servicio de Traumatología en el Hospital Basmanaya de Moscú, que actualmente lleva el nombre “Profesor Zeno”.



De regreso a la Argentina, publica tres libros en donde relata su experiencia médica en la URSS: “Impresiones de un cirujano argentino en Moscú”, “Socialización de la Medicina” y “La Medicina en Rusia”.

En 1942 publica su libro “Cirugía Plástica”, en el que trata los más diversos campos de la especialidad, conteniendo 560 fotografías de casos personales e innumerables esquemas de las técnicas empleadas. Fue el primer libro de cirugía plástica en castellano publicado en el mundo entero.

En 1952, se crea la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica quien lo registra como miembro fundador y posterior Presidente.

Seducido por Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, incursiona en la medicina psicosomática, publicando en 1945, junto al Dr. Emilio Pizarro Crespo, su libro “Medicina Psicosomática”, primera obra de esta especialidad escrita en América Latina. En ella relata la influencia de la personalidad psíquica en la fisiología y patología somáticas, e introduce el concepto de “Eubiatria” o medicina integral.

Fue un médico humanista, dedicado plenamente a sus pacientes, que además hizo un culto a la amistad entre grandes maestros del arte como Antonio Berni, quien en 1950 pintó su retrato.

Su nombre figura en una placa en la entrada del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires, junto a otros maestros de la Medicina argentina como Ignacio Pirovano, Abel Ayerza, Bernardo Houssay, José Ingenieros, Enrique Finochietto, Juan B. Justo, Alicia Moreau de Justo, Pedro Cossio y David Staffieri.

Lelio Zeno falleció en Rosario, el 21 de octubre de 1968 a la edad de 78 años.

Una aproximación a Lelio Zeno, el primer Maestro de Cirugía Plástica Reconstructiva que tuvo Héctor A. Ardao, puede obtenerse a través de las expresiones de sus discípulos, colaboradores y colegas más representativos de la Ortopedia y Traumatología, por una parte, y los de la Cirugía Plástica, por otra. Allí, a través de diversas miradas, puede integrarse una visión de lo que Zeno aportó a estas disciplinas y cómo influyó a lo largo de las décadas, en el desarrollo y en la formación del Cirujano Plástico sudamericano, a través de sus principales cultores. De todas esas expresiones podremos extraer algunas de las líneas de

trabajo y pautas de conducta que Ardao practicó e inspiró en sus discípulos y colaboradores. Los que aprendieron con él, se nutrieron de los aportes que a su vez él recibió de Lelio Zeno, durante su estadía en Rosario, en 1940. Que luego reforzaría junto a grandes maestros en su viaje a Londres a fines de 1943 y los tres primeros trimestres de 1944. De todo lo cual aportamos los documentos originales, para evitar interpretaciones. Dejando la palabra a los actores de su tiempo.

### **SIR HAROLD DELF GILLIES (1882 – 1960) <sup>55</sup>**

Héctor A. Ardao escribió un editorial de homenaje a Sir Harold D. Gillies, con motivo de su fallecimiento.

Harold Delf Gillies nació en Dunedin [Nueva Zelanda] el 17 de Junio de 1882 y murió en Londres el 10 de Setiembre de 1960.<sup>56</sup>

Ha sido, sin duda, el cirujano plástico más eminente del siglo XX. Sus realizaciones, que son muchas, han influido decisivamente en el desarrollo actual de la Cirugía de la Reconstrucción a la que se dedicó enteramente, desde la primera guerra mundial hasta su muerte.



Enseñó la especialidad a cientos de cirujanos, hoy distribuidos por todas partes del mundo. Enseñó principios y directivas que él mismo desentrañó y que forman firmes pilares de la ciencia.

En este aspecto, tal vez el de su mayor grandeza, ha sido un fundador y un maestro universal por quien la especialidad ha adquirido su

<sup>55</sup> ARDAO, Héctor A.: Harold D. Gillies. *Rev Cir Plas Urug.* II: 1-2, enero-abril 1961.

<sup>56</sup> Sir Harold Delf Gillies nació en Nueva Zelanda y se instaló más tarde en Londres. Fue un otolaringólogo que es ampliamente considerado como el Padre de la Cirugía Plástica. Estudió Medicina en Gonville y el Caius College, en la Universidad de Cambridge.

madurez científica habiendo entrado a formar parte ya en los planes de estudio en muchas escuelas de medicina.

Ideó y diseñó innumerables instrumentos quirúrgicos difundidos por el uso, entre otros, su pinza de disección, su jeringa enteramente metálica para anestesia local, el dermatomo Padgett-Gillies y su famosa pinza porta-aguja y tijera que se emplea y fabrica en todas partes.

Como maestro tuvo la vocación de enseñar y gustaba hacerlo especialmente a los más jóvenes y principiantes.

Ese fue el punto en el que McIndoe se comprometió con la cirugía plástica, de la que también se convirtió en un exponente principal. Durante la Segunda Guerra Mundial, Gillies actuó como consultor del Ministerio de Salud, la RAF y el Almirantazgo. Organizó las unidades de cirugía plástica en varias partes de Gran Bretaña. Su propio trabajo continuado en Rooksdown House, con la del Hospital Park Prewett, Basingstoke, donde trabajó Ardao. Durante este período, y después de la guerra, él entrenó a muchos médicos del Commonwealth, la comunidad británica de naciones, en cirugía plástica. En 1946, él y otro colega llevan a cabo uno de los primeros casos de cirugía de reasignación de sexo de mujer a hombre de Michael Dillon. En 1951 él y sus colegas llevaron a cabo la primera cirugía moderna de reasignación de sexo de hombre a mujer, mediante una técnica de colgajo, en Roberta Cowell, que se convirtió en el estándar durante 40 años.

Con ellos solía emplear, propio de su carácter independiente y humorista, la crítica incisiva que no aniquila pero que deja su huella.

Fue un creador también en otros aspectos. Creó técnicas y procedimientos operatorios. Docenas de operaciones, que abarcan los más dispares sectores de la patología hoy llevan su nombre. El más famoso es tal vez el “Tubo de Gillies”, nombre impuesto por el uso al recurso ideado casi contemporáneamente por Filatov [se trata del oftalmólogo ruso Vladimir Filatov, uno de los precursores de los trasplantes de córnea y fundador del Instituto que lleva su nombre y hasta hoy persiste<sup>57</sup>] y Gillies para proveer cubiertas cutáneas. Fue un cirujano hábil, maravilloso en el campo operatorio, observador, razonador, ingenioso y de gran imaginación.

57 El oftalmólogo ruso Vladimir Filatov (Rusia 1875, Ucrania 1956). Véase: <http://filatovinstitut.com.ua/indexen.htm>

Solía decir que para ser cirujano plástico es preciso poseer imaginación, y enseñaba a imaginar. A imaginar el defecto que origina la resección de una cicatriz o de un tumor, la forma y la magnitud. A imaginar los resultados de los procedimientos de restauración aplicables. A imaginar los beneficios y los inconvenientes, los pro y los contra, y luego en el tiempo, el resultado final alejado.

Gillies se entusiasmó con el trabajo visto en el Continente y a su regreso a Inglaterra convenció al cirujano en jefe del ejército, Arbuthnot-Lane, que era necesaria una sala para tratar las lesiones de trauma facial, la que se instaló en el Hospital Militar de Cambridge, Aldershot.

En su servicio de Rooksdown el estudio pre-operatorio de los enfermos terminaba con la crítica de los procedimientos quirúrgicos aplicables al caso anotada en la historia clínica junto con una serie de referencias de la operación imaginada.

Durante la Primera Guerra Mundial entrevió para la especialidad su porvenir y el nebuloso campo de su acción, que no siendo un sector determinado del organismo como sucede en otras especialidades coloca al cirujano plástico armado de una técnica, como colaborador junto a otro cirujano responsable del caso.

Este centro resultó pronto insuficiente y un nuevo hospital fue dedicado a la reparación facial se desarrolló en Sidcup. Hospital que la Reina abrió sus puertas en junio de 1917 y con sus unidades de convalecencia proporcionaba más de 1.000 camas. Allí Gillies y sus colegas desarrollaron muchas técnicas de cirugía plástica, realizaron más de 11.000 operaciones en más de 5.000 hombres (la mayoría de los soldados con lesiones en la cara, generalmente por heridas de bala).

La cirugía del traumatismo fue el campo de su aprendizaje y el de su magisterio.

Entre las dos guerras mundiales está la etapa más dura de su vida científica y de pionero.

La Segunda Guerra Mundial le ofreció la oportunidad decisiva en Inglaterra donde ha estado el centro científico de la especialidad desde 1939 hasta la fecha.

Rooksdown es una parroquia civil en el Basingstoke y Deane, mostrado dentro del distrito de Hampshire y la ubicación al sudeste de Inglaterra. Una vista del reconstruido Hospital Park Prewett, en Rooksdown.

Rooksdown lleva el nombre de Hospital de Rooksdown, originalmente Rooksdown House, que una vez ocupó la esquina noroeste de la parroquia. Originalmente fue el ala privada del asilo Parque Prewett, pero se convirtió en una unidad pionera en cirugía plástica en 1940, a cargo de Sir Harold Gillies.

El Departamento de Máscaras para la desfiguración facial, fue una creación durante la 1ª. Guerra Mundial para guiar la reconstrucción de los graves lesionados de cara.

Junto a otros Gillies fue llamado a organizar servicios de cirugía plástica para tratar y enseñar a tratar a los heridos de guerra de los cuales, según su expresión, más del 50 % requieren la colaboración del cirujano plástico.

La organización y la siembra probó ser eficiente y salió de fronteras. Y la organización establecida sobrevivió en la postguerra.

Pocas vidas médicas, en nuestra época, han sido tan fecundas como la de Gillies. Se va de la vida habiéndolo comprobado por sí mismo en los homenajes recibidos, y los títulos que le han sido otorgados. Sin embargo en la historia de su vida y obra científica seguramente nunca se podrá expresar el calor y el afecto de sus pacientes, las alegrías y las dichas devueltas por sus manos prodigiosas. Pocos cirujanos como él han creado tanta felicidad.

*H. H. A.*

Enero, 1961.

**LOS CUATRO GRANDES:****GILLIES, KILNER, MC INDOE, MOWLEM<sup>58</sup>****LOS NEOZELANDESES Y EL DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD**

Es una circunstancia a señalar que entre los principales cirujanos plásticos reconstructivos con que contó el Reino Unido durante las dos Guerras Mundiales, hubiera un amplio predominio de neozelandeses. Algunos que habían cursado su carrera de grado en su país de origen, otros sólo la secundaria, realizando sus estudios médicos en Londres. Héctor Ardao tomó nota de esta integración del equipo, y a su tiempo incorporó a destacados odontólogos, que hicieron de la cirugía máxilo-facial una especialidad de alto relieve en el Uruguay, a partir de su Centro de Cirugía Plástica en el Instituto de Radiología, actual Instituto Nacional del Cáncer.

Durante la Primera Guerra Mundial, Harold D. Gillies actuó como voluntario con la Cruz Roja en Francia. Allí tomó contacto con un dentista americano, “Bobs” Roberts, que tenía una copia del libro de Cirugía Plástica del alemán Lindemann, cuyas figuras inspiraron a Gillies para proseguir en aliviar a los pacientes que por entonces tenían pocas posibilidades de tratamiento.

Durante las primeras etapas de la Guerra, los comienzos de la cirugía máxilo-facial, estaban en Alemania y Francia. Sin duda, como resultado de la observación de las autoridades médicas alemanas de las desgraciadas evoluciones de las heridas de cabeza y maxilares de los recientes conflictos, como la Guerra de los Balcanes, en 1913, los hospitales en Berlín, Estrasburgo, Hanover y Düsseldorf estaban preparados para recibir este tipo de heridos en 1914. Entre los más eminentes cirujanos máxilo-faciales de ese tiempo estaban el Profesor Christian Bruhn y el Dr. August Lindemann en el hospital de Düsseldorf, y el francés Hippolyte Morestin en el Hospital Val de Grâce, en París. Lindemann y Bruhn pudieron más tarde publicar sus experiencias de heridas por arma de fuego en el maxilar que habían visto en su hospital, y su trabajo sin duda estuvo disponible para los servicios médicos de

58 TONG, Darryl BDS, BAMJI, Andrew MBBS (Hons), BROOKING, Tom, MA, PhD y LOVE, Robert, MDS: Plastic Kiwis – New Zealanders and the development of a specialty: *Journal of Military and Veterans Health*: Volume 17 Number 1; October 2008, pp 11-18.

ambas fuerzas armadas en la contienda bélica. Los alemanes, en particular, establecieron un enfoque multidisciplinario para estas lesiones, involucrando a cirujanos, dentistas y protésicos dentales en el manejo de los diversos aspectos de la cirugía y reconstrucción, que estimularon a otras naciones a seguirlos.

Una acabada descripción de este proceso, con semblanzas de Harold D. Gillies, Archibald McIndoe y Rainsford Mowlem, tres cirujanos plásticos oriundos de Nueva Zelanda, pioneros en la disciplina luego principalmente en Gran Bretaña, ha sido escrita por los custodios de esta rica historia, en el *Journal of Military and Veterans' Health*, de Nueva Zelanda.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los cuatro especialistas cirujanos plásticos más destacados en el Reino Unido, conocidos como “los cuatro grandes” [“the big Four”] fueron Harold Gillies, Tommy Kilner, Archibald McIndoe y Rainsford Mowlem. Tres de los cuatro grandes, eran kiwis (neozelandeses) Gillies, McIndoe y Mowlem.

Hubo un destacado odontólogo que trabajó desde el comienzo con Gillies, puesto que también había participado en la 1ª. Guerra Mundial y había sido herido en la misma, entablando una sólida relación de colaboración.

Fue Sir William Kelsey Fry (1889-1963), que alcanzó altas distinciones por su trabajo, siendo pionero de la integración de los odontólogos y protésicos dentales a la rehabilitación de los heridos de naturaleza máxilo-facial. Trabajó fundamentalmente, durante la 2ª. Guerra Mundial, junto a Sir Archibald McIndoe.

Mientras Gillies y McIndoe fallecieron tempranamente, en 1960, Mowlem, que era el más joven vivió hasta 1986. Pero luego de una intensa actividad durante la Guerra y luego de ella, desilusionado por la burocracia del recientemente adoptado *National Health Service* en Gran Bretaña, optó por retirarse temprana y completamente, pasando el resto de su vida en España, falleciendo a la edad de 83 años.

## **TOMMY POMFRET KILNER (1890-1964)**



Los "cuatro grandes": de izq. a der.: Rainsford Mowlem, Tommy Kilner, Sir Harold D. Gillies y Sir Archibald McIndoe.

### **Una historia de la cirugía plástica en el Hospital Radcliffe de Oxford<sup>59</sup>**

Thomas Pomfret Kilner nació en 1890, y su carácter y comportamiento a lo largo de su vida atestiguaba su educación victoriana. Se graduó en Medicina por la Universidad de Manchester antes de la Primera Guerra Mundial, donde tuvo una distinguida carrera académica, ganando varios premios. Trabajó como disector de Anatomía hasta el comienzo de la guerra en 1914, cuando se alistó en la Royal Army Medical Corps. Kilner fue destinado a Francia en un puesto de socorro y al hospital general, donde se descubrió su vocación por la cirugía.

Al final de la guerra tuvo la oportunidad de unirse al doctor (más tarde Sir Harold) Gillies en la unidad de cirujanos plásticos que había establecido en Sidcup. Gillies era un cirujano de oído, nariz y garganta, con poco entrenamiento en cirugía general. Gillies, frente a una carga de graves lesiones maxilofaciales de la guerra, se dio cuenta de la nece-

<sup>59</sup> <http://www.oxfordradcliffe.nhs.uk/forpatients/departments/specialistsurgery/plastics/history.aspx> (Consultada el 18.09.2011).



sidad de reunir a todos estos casos, en unidades especializadas para el tratamiento adecuado.

Creó una unidad maxilofacial en Aldershot, en 1916, que fue trasladada al Sidcup (Kent) en 1917. Finalmente trata en su servicio más de 11.000 casos en la unidad de Sidcup. Gillies era el único cirujano británico que intentó este tipo de trabajo en ese momento. Thomas Kilner no tenía idea de lo que era esta nueva especialidad de “Cirugía Plástica”. Pero se fue a Sidcup para unirse a Gillies en 1919. Este fue el comienzo de una asociación que, como un matrimonio, para bien o para mal, iba a durar hasta la muerte de Gillies en 1960.

A ellos se unieron Archibald H. McIndoe en 1931, seguido por R. Mowlem en 1937, completando así el ‘Big Four’, que cubría la mayor parte de la cirugía plástica del Reino Unido hasta finales de los treinta.

Como el trabajo con los heridos de la Primera Guerra Mundial disminuyó, el futuro de la Cirugía Plástica se hizo más claro. Decididos a continuar la obra que habían comenzado, Gillies se estableció en Londres como el primer cirujano plástico en el país y Kilner se convirtió en su ayudante.

Limitando su práctica a la cirugía plástica significó que se enfrentaron a la desaprobación de la separación de cirugía general que ya estaba experimentando los avances de la especialidad creciente de la ortopedia.

Por último, fue designado en el hospital de Santo Tomás, pero teniendo en cuenta que no tenía camas propias, nunca se apartó Kilner de la institución donde, durante los dos primeros años, sólo encontró silencio sepulcral al entrar en la sala de médicos. Sin inmutarse, sin embargo, llevó sus actividades a Manchester, Birmingham y New Hampshire.

Thomas Pomfret Kilner fue asistente de Gillies durante diez años. A su debido tiempo Kilner recibió el ofrecimiento de colaborar en la práctica privada. Pero él se estableció en una práctica competitiva justo debajo de Gillies en el mismo edificio en Londres. Había una hilera en cada consultorio, pero nunca se lo perdonará hasta después de la segunda guerra mundial. Mientras que su asociación temprana se disolvía en la animosidad mutua, era imposible ponderar la importancia

de las contribuciones de Kilner y Gillies en mantener la especialidad de cirugía plástica en los años de entreguerras. Ellos y algunos otros en todo el mundo sentaron las bases de la cirugía plástica moderna.

Con el estallido de la Segunda Guerra Mundial, Kilner fue a dar con el Ministerio de pensiones que trabajaba en Roehampton, al final de la guerra se había trasladado a Stoke Mandeville y se dedicó a la atención de pacientes. Lord Nuffield, el magnate fabricante de automóviles Morris, expresó su preocupación por las quemaduras de la guerra. Como resultado, en 1944, dotó una cátedra de Cirugía Plástica y Kilner fue elegido para ser el profesor Nuffield de Cirugía Plástica y la Unidad de Oxford nació. Ocupó esta cátedra desde 1945 hasta 1957.



No existía ningún departamento central clínico establecido para comenzar. Kilner ve a los pacientes en sus habitaciones en el Colegio de San Juan o en el departamento de Otorrinolaringología del Hospital Radcliffe, y los pacientes fueron ingresados en el Hospital de Stoke Mandeville. Kilner trabajaría solo durante dos años hasta que se unió en 1946 con Eric W. Peet, quien fue nombrado como director adjunto. Era un cirujano ORL del Hospital Radcliffe y se formó luego en la cirugía plástica con McIndoe y Kilner. Su interés clínico más importante fue la reconstrucción de la oreja, así como la fabricación de violines y llegó a ser un artista consumado.

Especial interés tuvo Kilner por los niños con fisura palatina. Estaba en absoluto preparado para aceptar cualquiera de los nuevos métodos de reparación del labio leporino, y persistió en su cierre en línea recta.

Su habilidad particular estaba en la reparación de la fisura VY, que desarrolló con Wardill. Su interés principal fue la hipospadias. A pesar de que estos casos reunidos en Oxford de todas las partes de las Islas Británicas, Kilner siguió yendo a ciertos hospitales y áreas de experien-

cia clínica (en Alton para fisuras faciales y Dublín para los casos de hipospadias). Cuando la cirugía plástica se encontraba todavía en su adolescencia, Kilner hizo mucho para que invirtieran con la respetabilidad de su enfoque metódico.

Kilner murió en 1964, en la jornada inaugural de la reunión de la Asociación Británica de Cirujanos Plásticos, en Oxford.

### **SIR ARCHIBALD MCINDOE (CBE, FRCS) (1900-1960)**

Nació el 4 de mayo de 1900 y falleció el 11 de abril de 1960. Fue un cirujano plástico pionero neozelandés, que trabajó para la Real Fuerza Aérea (RAF) durante la Segunda Guerra Mundial. Él mejoró altamente el tratamiento y rehabilitación de las tripulaciones con quemaduras graves.

Nació en Dunedin, Nueva Zelanda, en una familia de cuatro hermanos. Su padre era John McIndoe, un impresor y su madre era la artista Mabel McIndoe, de soltera Hill. McIndoe estudió en el Colegio de Varones de Otago y más tarde Medicina en la Uni-



versidad de Otago. Luego de su graduación comenzó como cirujano interno en el Hospital Waikato. El 31 de julio de 1924 contrajo matrimonio con Adonia Aitken; ellos tuvieron más tarde dos hijas. En 1924 McIndoe fue premiado con una beca a la Clínica Mayo en los Estados Unidos, para estudiar anatomía patológica. Trabajó en la clínica como Primer Asistente de Anatomía Patológica, entre 1925 y 1927 y publicó diversos artículos sobre enfermedad crónica del hígado. Impresionado con su habilidad Lord Moynihan le sugirió una carrera en Inglaterra, y en 1930 se trasladó a Londres.

Cuando McIndoe no podía encontrar trabajo, Sir Harold Gillies, primo suyo, un cirujano plástico destacado, lo invitó a unirse a la práctica privada; se encontró con Rainsford Mowlem y le ofreció un trabajo en el Hospital St. Bartholomew, donde comenzó como asistente clínico. En 1932 McIndoe fue designado para un cargo permanente como Cirujano General y Profesor en el Hospital para Enfermedades Tropicales y en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. En 1934, McIndoe recibió una beca del American College of Surgeons, y trabajó en ella hasta 1939. Ese año se convirtió en un cirujano plástico consultante para el Royal North Stafford Hospital y el Hospital General de Croydon. En 1938 fue nombrado consultante en cirugía plástica de la RAF.

Se convirtió en miembro del Consejo del Royal College of Surgeons en 1946 y fue su presidente en 1958. Su matrimonio con Adonia terminó en 1953, y se casó entonces con Constanza Belcham en 1954. En 1958 McIndoe fue profesor Bradshaw dictando conferencias sobre quemaduras faciales, un tema que él conocía muy bien. Tomó parte en la fundación de la British Association of Plastic Surgeons (BAPS) y más tarde sirvió como su tercer Presidente.

Archibald McIndoe falleció el 11 de abril de 1960, a la edad de 59, mientras dormía. Fue cremado y sus cenizas fueron enterradas en la Iglesia

El uruguayo Guillermo H. Fossati trabajó entrenándose en la clínica de Mc Indoe en 1959 y compartió sus experiencias en sus memorias.<sup>60</sup>

## **RAINSFORD MOWLEM (1902 -1986)**

Mowlem<sup>61</sup> nació en Auckland [Nueva Zelanda] el 21 de diciembre 1902 y tal vez es el menos conocido entre los cirujanos plásticos *kiwi*. Educado en Auckland Grammar, fue luego a la Universidad de Otago donde cursó en la Escuela de Medicina al mismo tiempo que McIndoe, pero fue menor que él por un año, graduándose como MBChB en

<sup>60</sup> FOSSATI, Guillermo H.: Mi vida médica. Medio siglo en el mundo de la Medicina. Tradinco, 2002, 320 páginas.

<sup>61</sup> TONG, Darryl BDS, BAMJI, Andrew MBBS (Hons.), Brooking, Tom, MA, PhD, LOVE, Robert MDS: Plastic Wikis – New Zealanders and the development of a specialty. *Journal of Military and Veterans Health*, Volume 17, Number 1: October 2008, page 17.

1924. Como la gran mayoría de los médicos de las colonias británicas de la época, Mowlem viajó al Reino Unido para una formación médica más completa y calificó para su ingreso como FRCS en el año 1929. Comenzó su carrera como cirujano general, pero fue introducido a la cirugía plástica como médico suplente en un hospital donde Gillies tenía algunos pacientes. Mowlem se asoció con Gillies y McIndoe antes de la Segunda Guerra Mundial y se estableció como uno de los “cuatro grandes”, que sin duda le ayudó para conseguir su nombramiento como Consultor civil en cirugía plástica para la RAF, junto con McIndoe.



Bajo la conducción de Mowlem, la unidad de cirugía plástica y maxilofacial en Hill End, St. Albans se convirtió en un centro de enseñanza durante toda la guerra, aunque no alcanzó al nivel de reconocimiento de East Grinstead. Mowlem, era de pequeña estatura, pero grande en su habilidad y era conocido como un cirujano meticuloso y un excelente profesor que podría ser brusco en ocasiones. Tuvo fuerte influencia en la fundación de la Asociación Británica de Cirujanos Plásticos, y asumió su presidencia en 1950 y 1959.

Mowlem nunca regresó a Nueva Zelanda, pero era muy amigo de los jóvenes postgraduados de Australia y Nueva Zelanda que trabajaron con él y sin duda mantuvo el muy bajo perfil entre sus colegas británicos.

Mowlem no fue un escritor prolífico, pero entre sus pocas publicaciones destaca su monografía sobre el injerto óseo en el que describe el potencial osteogénico de la porción de hueso esponjoso.

Desilusionado por la burocracia de la recientemente aprobada ley del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, Mowlem optó por una temprana y completa jubilación y pasó el resto de su vida en España, muriendo a la edad de 83 años, respetado por sus colegas y alum-

nos pero eso no alcanzó para llegar al “panteón de la fama” como sus colegas mayores Gillies y McIndoe.

También con Mowlen estuvo entrenándose Guillermo H. Fossati cuando estuvo becado en el Reino Unido en 1959.

### **ERNESTO MALBEC (1903 – 1991)**

Una de las personalidades más destacadas del Racing Club en toda su historia. Nacido el 9 de marzo de 1903, es decir unos días antes de fundarse el club, fue un buen jugador, un notable dirigente y un excelente profesional de la medicina.



En 1920 alternaba entre la tercera y la primera división y durante 1921 fue suplente de Machiavello u Olazar, jugando también al lado de Ohaco, Ronco, Riccitelli, Barreto, Juan Comaschi y Ungaretti. Se retiró como jugador en 1923 aún muy joven por una lesión muy seria. Años después sería presidente en la década del '30. También presidió la AFA.

En 1929 egresó de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. En la Facultad de Medicina de La Plata fue adscrito a la cátedra de Medicina Operatoria entre 1940 y 1944. Presidió la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (1953 – 1954) y fue Jefe de Cirugía Plástica en el Hospital Ramos Mejía. Falleció el 3 de agosto de 1991, a la edad de 88 años y de este modo junto con Nicolás Vivaldo fueron testimonio viviente de casi todo el siglo del ciclo de oro racinguista.<sup>62</sup>

Jorge Niklison, al hacer un balance de 50 años de actividad en la Cirugía Plástica, señaló:

<sup>62</sup> Reseña publicada en La historia del primer más grande, libro de Racing Fútbol Club.

En los años '40 sólo había en el país un reducido número de especialistas. Algunas publicaciones en revistas médicas o en el boletín de la Sociedad Argentina de Cirujanos registraban su actividad.

En 1941, se realizó en Río el primer Congreso Latinoamericano con escasa concurrencia. Los asistentes argentinos más conocidos eran Ernesto Malbec, de Buenos Aires, y Lelio Zeno, de Rosario.

De aquellos años recuerdo dos hechos. Uno fue la visita del afamado Sir Harold Gillies, al que vi operar en el Hospital Ramos Mejía. El otro, la muestra de plásticas palpebrales realizadas en el Hospital de Clínicas por el Dr. Ivanissevich con motivo de la visita del eminente oftalmólogo español Ramón Castroviejo. En el Clínicas se practicaban intervenciones de Cirugía Plástica sobre todo rinoplastias. Allí Julián Fernández abarcó desde la cirugía general muchos temas de nuestra especialidad como las retracciones de cuello, y la reconstrucción mamaria con reconocida capacidad e indudable talento creador. A su lado se formó Miguel Correa Iturraspe, que fue el primero del grupo del Clínicas que se dedicó exclusivamente a la Cirugía Plástica.



Maestro Dr. Ernesto Malbec con el Dr. Alberto Irigaray, en Paraná, Entre Ríos, Argentina

A comienzos de esa década sobresale Ernesto Malbec. De fuerte personalidad, forjada en un pasado de dura lucha, primero como delegado estudiantil y luego como político de acción en Avellaneda, volcó

finalmente su dinamismo y capacidad de trabajo en la cirugía plástica. Realizó su principal labor en el Hospital Ramos Mejía. Publicó numerosos trabajos y fue asiduo concurrente a reuniones dentro y fuera del país. Activo propulsor de la especialidad, realizó muchos viajes a los países más diversos, difundiendo los logros de nuestra entonces novel disciplina. Supo formar excelentes discípulos, entre los que se destacaron Norberto Spera y Jorge Quaiife.<sup>63</sup>

### **JOHN CLARKE MUSTARDE, OBE, OV, FRCS (1916 – 2010)**

MARTYN WEBSTER<sup>64</sup>

Nacido el 6 de junio 1916; fallecido el 16 de octubre de 2010.

“Jack” Mustarde fue un pionero de la Cirugía Plástica. Nacido en Glasgow, fue destinado en 1940 como cirujano ocular a El Cairo a principios de la Segunda Guerra Mundial, donde ingresó como teniente en el Cuerpo Médico. En el otoño de Tobruk en 1942, fue hecho prisionero por los alemanes y luego pasó a los italianos, escapando, para ser recapturado antes de ser repatriado debido a enfermedad al año siguiente. Luego escribió uno de los primeros libros que describen la vida como prisionero de guerra, llamado “The Sun Stood Still’ (El sol todavía detenido).



Cuando recuperó la salud, se dio cuenta de que estaba mucho más interesado en la cirugía plástica y fue recalificado como un cirujano

63 NIKLISON, Jorge: Nuestra historia. Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. En: <https://www.sacper.org.ar/>

64 Martyn Webster: Hospital Canniesburn, Trinity Chambers, 18 Woodside Terrace, Glasgow G3 7XH, Reino Unido. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2011) 64, 981-982



plástico, recibiendo formación con Sir Harold Gillies en Rooksdown House, a la que viajaba desde Nottingham en avión, habiendo aprendido a volar por sí mismo. Él también recibió entrenamiento de Sir Archibald McIndoe (pero no le diga esto a Sir Harold). Más tarde fue entrenado con E. W. Peet en Oxford antes de ser designado para Glasgow y Ayrshire, donde trabajó en Canniesburn Hospital, el Royal Hospital para niños, Hospital Ballochmyle y Seafield Hospital Chidrens en Ayr.

Escribió un libro “Cirugía plástica en la infancia” en colaboración con Wallace Denison, el cirujano pediatra jefe de la RHSC en Glasgow. Su descripción de una operación para orejas prominentes todavía es bien conocida.

El principal interés de Jack era la cirugía periorbitaria y su libro “Reparación y reconstrucción en la región orbital” reflejó esto. Sigue siendo un trabajo fundamental sobre el tema. Él siempre enfatizó la importancia de un buen conocimiento de anatomía, particularmente la de los párpados. Su descripción de la reconstrucción de los párpados es la base de todos estos trabajos y el colgajo rotatorio de la mejilla que describió para este propósito lleva su nombre. Incluso después de su jubilación continuó su investigación, dedicando tiempo a la disección de párpados de cerdos, en material anatómico que recogió del matajero. Él mostró que la presencia de glándulas apretadas en el párpado inferior le dio al párpado su rigidez y no su cartílago.

Fue un cirujano imaginativo e innovador, describiendo muchos instrumentos como el porta-agujas Mustarde, basado en el porta-agujas Gillies, pero que sostiene una aguja de forma más segura, las asas del porta-agujas son semilunares en la sección transversal y las Pinzas Mustarde que tienen puntas delicadas para recoger la piel, pero en un bloque firme para recoger una aguja, por nombrar sólo dos.

La región de la cirugía periorbitaria se extendía naturalmente al esqueleto craneal. Jack era amigo de Paul Tessier en París, ellos operaron juntos en alguna ocasión, dando a luz a la subespecialidad de Cirugía cráneo-facial. Jack fue miembro fundador de la Sociedad Europea de Cirugía Plástica Oftálmica y Reconstructiva y su primer presidente, sirviendo desde 1979 hasta 1982.

Jack viajó por el mundo, siendo invitado a dar conferencias y operando en muchos países. En su país, en el hospital de Canniesburn,

su anfiteatro siempre estaba lleno de visitantes ansiosos por ver y por aprender. Era un maestro natural y su comportamiento rezumaba autoridad. Mientras operaba, daría a la carrera un comentario sobre lo que estaba haciendo y por qué lo estaba haciendo en este modo particular. Nunca alzó la voz, sino que permaneció tranquilo y en control incluso en circunstancias difíciles.

A la edad de 76 años comenzó su trabajo pionero en África occidental, formando cirujanos plásticos allí. Él había oído del entonces presidente de Ghana, el teniente de vuelo G. Rawlings, que le animó y le permitió montar un servicio de cirugía reconstructiva en ese país. Jack fundó una organización benéfica (ahora conocido como “Resurge África”) para ayudar a financiar esto y trabajó incansablemente para construir una unidad especializada dentro del principal hospital docente, el Hospital Universitario Korle Bu en Accra. Él escribió un libro sobre sus actividades “Fe, esperanza y un milagro en África”.

Siendo un hombre tan interesante y polifacético, no existen muchas historias sobre Jack, como su viaje de pesca a Rusia en su ochenta cumpleaños con su hijo David. La pesca era un pasatiempo importante para Jack y pescar en Rusia demostró ser un excelente deporte, aunque la conducta de “atrapar y soltar” estaba en vigor. Cuando había atrapado alrededor de ochenta salmones, Jack sintió que se le debería permitir tomar una pieza para llevar al hogar. Escondió uno en su bolso. Desafortunadamente cuando su equipaje fue escaneado en el aeropuerto, las espinas del pescado lo delataron.<sup>65</sup>

Existen muchas otras historias, algunas aparentemente muy altas, pero lo más probable es que sean ciertas!

Lo precedió la muerte de su esposa Maisie y su hija Patricia, le sobreviven sus hijos Alan y David, su hija Ruth, 12 nietos y 18 bisnietos.

---

65 El Dr. Alberto Irigaray contó que el maestro argentino Prof. Dr. José Juri, invitó a Mustarde para venir a Buenos Aires, para operar a un ayudante principal suyo que había sufrido un atentado con ácido sulfúrico en su rostro, con graves lesiones de párpados. Mustarde le respondió que vendría, a condición que le llevaran a pescar al río Paraná. Dio entonces una conferencia magistral, de la que se desprendieron ricas anécdotas para todos quienes participaron.

## UNA ANÉCDOTA SOBRE MUSTARDÉ

Hemos escrito en numerosos capítulos acerca de este reconocido cirujano, sobre todo, en la época que concurrió como Asistente al Servicio que dirigía Sir Harold Gillies en Londres.

Mustardé recibió una invitación del Prof. José Juri para que concurriera a Buenos Aires a fin de tratar un paciente y ofreciera una conferencia magistral.

El paciente era un médico integrante de la Clínica muy apreciado por el Prof. J. Juri y que había sufrido un grave accidente con ácido sulfúrico. Este agente químico le había producido extensas quemaduras en la cara, la que tomaba los cuatro párpados, nariz, boca y mejillas. Todas la quemadura eran muy graves desde el punto de vista funcional, pero la que más repercusión tendría sería la quemadura de los párpados ya que podría acarrear la ceguera del paciente.

Juri, decidió invitar a concurrir a Buenos Aires, al mejor cirujano de párpados de ese momento, que no era más que el Prof. Mustardé. La aceptación de la invitación tenía como contrapartida el deseo del invitado para pasar un día de pesca que era su mayor afición, en el Río Paraná.

Luego de tratar al paciente se había previsto una jornada académica en la que Mustardé brindaría una conferencia, acerca de la cirugía de los párpados.

La concurrencia fue muy importante ya que el invitado era reconocido mundialmente por sus aportes científicos y libros escritos acerca de ese tipo de cirugía. Una vez finalizada la conferencia, invitó a los presentes para que realizaran preguntas.

Siempre se dijo que los cirujanos aprenden enormemente, conocen los peligros que acechan en cada cirugía y, sobre todo, las complicaciones que de ellas pueden surgir. El hecho es que generalmente, en especial los cirujanos jóvenes, cuando ofrecen una presentación de sus operaciones, muestran los mejores resultados, pero si tienen alguna operación con cierta complicación, tratan de no compartirla en público.

Siguiendo ese criterio de que todos aprenderíamos si se hablara de esos temas es que un cirujano le preguntó a Mustardé, si alguna vez

había tenido alguna complicación, lo que nos llevó a los presentes a pensar que diría que sí, que alguna vez habría tenido algún paciente que se habría complicado, ya que no hay cirujano que alguna vez no haya tenido alguna complicación post operatoria. Sin embargo la sinceridad del expositor y siendo el mejor cirujano plástico de párpados del mundo nos brindó una respuesta que nadie imaginaba.

De pronto contestó: *“Complicaciones las he tenido todas, ¿de cuál quiere que le hable?”*.

Esa respuesta tan franca, despertó un aplauso general.

Una operación en un paciente diabético, o con pocas proteínas, o con pequeñas alteraciones en la coagulación, o con inmunidad deprimida, o por otros cientos de causas más, son las que llevan a que una cirugía bien realizada se complique. Por ello es que en uno de los capítulos donde hablamos qué cirujano debe operar a cada paciente, ponemos como condición absolutamente necesaria que el cirujano debe saber cómo enfrentar las complicaciones y solucionarlas.

A Mustardé lo invitamos para venir a Uruguay al año siguiente, lo que aceptó inmediatamente con la única condición de que lo llevaríamos a pescar dorados al Río Uruguay. Ese viaje finalmente no se pudo cumplir por problemas en la salud del invitado.

### **OSCAR IVANISSEVICH (1895-1976)**

Fue un cirujano y político peronista argentino, de origen croata. Fue profesor en las universidades de Buenos Aires y Nacional Autónoma de México y presidente de la Academia Argentina de Cirugía. Publicó Hidatidosis ósea y Tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón. Realizó, para la hidatidosis pulmonar, la descripción del signo del doble arco de Oscar Ivanissevich y, en conjunto con Carlos Lagos García y Alfredo Se-



gers, el signo del camalote.<sup>66</sup> Fue embajador en Estados Unidos entre 1946 y 1948 y ministro de Educación entre 1948 y 1950, durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón, y entre 1974 y 1975, durante el tercer gobierno de Perón y el comienzo del de María Estela Martínez. Se le atribuye la coautoría de la letra de la *Marcha Peronista*. Y fue autor de la letra de la *Marcha Canto al trabajo*.

Realizó en el campo de la cirugía importantes aportes en la cirugía de la hidatidosis<sup>67</sup> y también en el de la cirugía plástica reconstructiva y estética, siendo que junto a él se formaron los uruguayos Pedro Víctor Pedemonte y Rafael García Capurro. Concurrió invitado a Montevideo a la Clínica del Prof. Eduardo Blanco Acevedo, en el Hospital Pasteur, donde dictó conferencias y realizó operaciones, sembrando la inquietud en Pedemonte de la cirugía plástica.

### **HÉCTOR MARINO (1905 – 1996)**

Héctor Marino se graduó de médico en la Universidad de Buenos Aires en 1931. En su época estudiantil fue disector en la cátedra de Anatomía Descriptiva del Prof. Dr. Joaquín López Figueroa y fue practicante en el Hospital Nacional de Clínicas. Inició su actividad médica en el Servicio de Clínica Médica del Prof. Dr. Mariano R. Castex (en este último hospital) y luego se formó en el Servicio de Cirugía del Dr. Ricardo Finochietto, en el Hospital Rawson de la ciudad de Buenos Aires. Integró la primera generación de cirujanos



66 31 AGÜERO, Abel L., KOHN LONCARICA, Alfredo G., SÁNCHEZ, Norma I., TRUJILLO, José M.: Contribuciones originales de la medicina argentina a la medicina universal. Revista de Historia & Humanidades Médicas. Vol. 3 No. 1, Julio 2007. En: [www.fmv-uba.org.ar/histomedicina](http://www.fmv-uba.org.ar/histomedicina). (Consultada el 11.01.2014).

67 TURNES, Antonio L.: La Hidatidosis en el Río de la Plata. (2014). Una revisión de algunos hitos a través de tres siglos. Comisión de Zoonosis, pp. 29 – 30. En: <https://bvs.smu.org.uy/servicios/ToC/Hidatidosis%20DEFINITIVO%20baja.pdf>

discípulos de este maestro. Junto con Alfonso Roque Albanese, Jorge Curuchet, Pedro Esperne, Leoncio Fernández, Santos Luchetti, Carlos Mesa, Vicente Pataro, Julio Piñeiro Sorondo, Alejandro Torres Posse y Andrés Veppo.

En 1951, recibió el premio Enrique Finochietto de la Fundación Enrique y Ricardo Finochietto.

Luego fue jefe del Servicio de cirugía plástica del Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia (hoy Hospital de Oncología “María Curie”) en Ciudad de Buenos Aires. Fue asesor en su especialidad, de dos hospitales militares (Hospital Aeronáutico Central y Hospital Naval Central) y de dos hospitales de colectividades (Hospital Británico de Buenos Aires y Hospital Alemán).

Fue miembro de número de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (1977-1996), ocupando el sitial N° 13 que por primera vez se le adjudicó a la especialidad de Cirugía Plástica.

Fue director de la primera escuela argentina de cirugía plástica, creada en 1974 en la Universidad del Salvador, en la ciudad de Buenos Aires.<sup>68</sup>

Héctor Marino nació el 16 de febrero de 1905 en Buenos Aires. Fue el mayor de los cinco hijos de Salvador Marino y María Luisa Vallebella.

En 1925 ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en su segunda sede, que quedaba sobre la Avenida Córdoba. En su época estudiantil fue disector en la Cátedra de Anatomía Descriptiva del Prof. Dr. Joaquín López Figueroa (1926) y fue practicante en el Hospital Nacional de Clínicas (1928 – 1939). En marzo de 1931 se graduó de médico con Diploma de Honor.

Inició su actividad hospitalaria en el viejo Hospital de Clínicas, ubicado en el predio de la actual Plaza Houssay, como médico concurrente al Servicio de Clínica Médica, a cargo del Prof. Dr. Mariano Castex, que en ese momento era también presidente de la Asociación Médica Argentina.

En 1932 comenzó su formación quirúrgica en la carrera municipal como Médico Asistente de la Sala V del Hospital Alvear, Servicio de Cirugía General y Ortopedia del Dr. Ricardo Finochietto, junto con

---

68

Wikipedia.

Hernán Aguilar, Germán Hugo Dickmann, Rodolfo Ferré, Néstor Turco, Raúl Velasco y Diego Zavaleta.

En 1933 aquel grupo “de “los siete” jóvenes médicos – acompañó a Ricardo Finochietto cuando pasó al Hospital Rawson, Sala VI Pabellón II, Sala de Cirugía General y Ortopedia.

Marino reconoció que este Servicio y luego, la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados (oficializada en 1949), fueron sus principales centros de formación y desarrollo profesional. También su padre, Salvador, destacado médico cirujano, dejó su impronta en él; y reconoció a los doctores Oscar Ivanissevich y Lelio Zenó como figuras singulares a nivel nacional que influyeron en su evolución como cirujano plástico.

Trabajó intensamente en múltiples servicios públicos de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires, siempre en cirugía plástica, hasta 1970, en que se acogió a la jubilación.

Su actividad docente fue, desde 1974 y hasta 1990, profesor titular y luego Director de la Carrera de Posgrado de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador (USAL), formando un centro de nivel docente de excepcional calidad para la formación de especialistas, que fue pionero en América Latina. En 1977 duplicaron este proyecto en la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y en la Asociación Médica Argentina, y lo llamaron “Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica (trienal)”.

Fue presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, de la que había estado entre los fundadores, siendo precedido por el Dr. Ernesto Malbec y sucedido por el Dr. Julián Fernández. Ocupó desde 1977, un sitial como miembro titular de la Academia Nacional de Medicina, por primera vez ocupado por un cirujano plástico. Fue sucedido en 1996 por el Dr. Fortunato Benaim.

En el ámbito latinoamericano, en las décadas de 1940 y 1950 tuvo destacada actuación en el desarrollo de la especialidad en el continente. A nivel internacional, desde 1948 fue miembro del cuerpo de redactores internacional de la revista *Plastic and Reconstructive Surgery*; contribuyó a difundir la producción científica sudamericana en el resto del mundo, costumbre aprendida de los hermanos Finochietto, e integró como Vicepresidente, el comité organizador del Primer Congreso Internacional de Cirugía Plástica, realizado en Estocolmo, en agosto de 1955. Realizó su última cirugía a los 80 años, una fisura de paladar

secundario, con la misma habilidad manual de siempre, ayudado por su hijo Héctor Salvador, también cirujano plástico, dedicándose en adelante exclusivamente a la docencia.

Falleció en Buenos Aires a los 91 años, el 10 de octubre de 1996.<sup>69</sup>

## GUILLERMO LODA

Miembro de la Academia Nacional de Cirugía de Francia desde el año 2013. Es ex Presidente y fundador de la Sociedad Argentina y de la Sociedad Sud-Americana de Cirugía de la Mano. Es representante ante la IFSSH (International Federation Societies for Surgery of The Hand). Es ex Presidente del Congreso Mundial de Malformaciones Congénitas (2003), Chairman del Congreso Mundial de Microcirugía (2005) W.S.R.M. (World Societies For Reconstructive Microsurgery).



El Dr. Loda es Jefe de Servicio de Cirugía de la Mano del Ex Hospital Francés de Buenos Aires. Autor y co-autor de libros, publicados en Francia y USA. Traductor de libros de la especialidad del inglés y del francés al castellano. Actualmente es Médico consultor de la Fundación FLENI y del Centro de Rehabilitación. Es director del Instituto Privado de Cirugía de Mano en Buenos Aires y Profesor titular del Curso de Especialistas en Cirugía de la mano de la Universidad UCES.<sup>70</sup>

## EDUARDO ALFREDO ZANCOLLI

Nacido en Chivilcoy, provincia de Buenos Aires (Argentina), en 1924, cursó sus estudios de medicina, en las aulas de la Facultad de Ciencias

<sup>69</sup> LOSARDO, Ricardo J. Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 131, Número 2 de 2018, pp.: 4-6.

<sup>70</sup> <https://www.fleni.org.ar/profesionales/loda-guillermo/>



Médicas, de la Universidad Nacional de Buenos Aires, obteniendo, de una manera brillante, su título de médico, el 1 de agosto de 1949. Luego, con un profundo anhelo de superación y perfeccionamiento, ingresó a la “Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados”, que funcionaba en las instalaciones del Hospital Rawson, teniendo entonces, como notables maestros y guías, al eminente médico cirujano, Dr. Ricardo Finochietto, y al destacado médico, Jefe de Ortopedia, Dr. Leoncio Fernández.



Posteriormente, se especializó en cirugía general, neurocirugía, ortopedia y traumatología, cirugía torácica, y cirugía plástica; esta última, con el Dr. Héctor Marino. Después, hubo de proseguir su perfeccionamiento, en las ramas de Ortopedia y Traumatología, en diferentes centros de salud, de los Estados Unidos de América, y tras su regreso, a su país, se dedicó a la práctica, de cirugías de escoliosis, las desviaciones laterales, sufridas por la columna vertebral. Tiempo más tarde, se despertó en él, un hondo fervor y una verdadera pasión, por su gran y sin igual especialidad médica: “La Cirugía de la Mano”.

En 1953, el propio Dr. Ricardo Finochietto, lo designó, Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología, del Policlínico de San Martín de Buenos Aires; en 1954, se desempeñó como Jefe de Cirugía de la Mano, del Instituto del Quemado; en 1957, cumplió funciones, en el Hospital de Lanús, y en 1960, en el Hospital Ramos Mejía. En 1963, se lo nombró en los ámbitos asistenciales del Hospital Rawson donde alcanzó el rango de Jefe de Servicio, de Ortopedia y Traumatología. En 1966, fue designado “Consultor Honorario”, del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica, y en 1971, obtuvo el cargo de Jefe del Departamento de Cirugía; espacio desde el cual, con un elevado criterio de enseñanza, y sobresalientes aptitudes didácticas y educativas, hubo de capacitar y formar, a una importante cantidad de aplicados discípulos. El Dr. Eduardo A. Zancolli, a través de su extensa y muy fecunda carrera, ocupó significativos cargos de relevancia, y fue obje-

to, de numerosos galardones y distinciones profesionales: miembro fundador, y primer presidente, de la Federación Sudamericana, de Cirugía de la Mano, en 1965; miembro fundador, y primer presidente, de la Asociación Argentina de Cirugía de la Mano, en 1974; presidente, de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología; “Cirujano Maestro”, de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados “Enrique y Ricardo Finochietto”; “Cirujano Maestro”, en Ortopedia y Traumatología, de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología; miembro titular (Sillón Nro. 9),<sup>71</sup> de la Academia Nacional de Medicina; académico correspondiente, de la Academia de Ciencias Médicas, de Córdoba; miembro correspondiente y honorario, de diversas instituciones científicas, de Estados Unidos, Francia, Inglaterra, España, Sudáfrica, Australia, Chile, Brasil, Uruguay, Venezuela, Bolivia y Costa Rica, etc. Asimismo, ejerció la docencia, en distintas universidades estadounidenses: Cornell, Stanford, Irvine, Harvard y Louisville; ofreció numerosas disertaciones; publicó una estimable cantidad de artículos, de divulgación médica, y editó varios libros, de estimable valor científico, como “Atlas de anatomía quirúrgica de la mano” y “Anatomía quirúrgica de la mano – Atlas ilustrado –”; algunos de ellos, en colaboración, con el prestigioso y recordado médico anatomista, Dr. Elbio Pedro Cozzi, nacido en Mercedes (Provincia de Buenos Aires), el 19 de diciembre de 1924, y fallecido en Buenos Aires, el 15 de noviembre de 1982.

Hábil y magnífico dibujante, por sus trascendentales trabajos y su considerable aporte o contribución, de orden científico, el Dr. Eduardo A. Zancolli, fue nombrado, en 1995, en Helsinki (Finlandia), por la Federación Internacional de Sociedades de Cirugía de la Mano, como “Pionero en la Cirugía de la Mano”.

## JOSÉ JURI (1933 – 2021)

El Dr. José Juri, destacado cirujano plástico y estético argentino, registra los siguientes antecedentes:

**Fundador y Director** de la Clínica Plástica y Fundación José Juri

- **Profesor Titular** de la 1er Cátedra de la Facultad de Medicina de la Universidad Interamericana

<sup>71</sup> Sucedió al ortopedista y traumatólogo Carlos E. Ottolenghi, y fue sucedido a su fallecimiento, por el cirujano plástico Fortunato Benaim.

- **Director y Fundador de la Revista Cirugía Plástica Argentina** (Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica)
- **Doctor Honoris Causa** de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres de Lima, Perú
- **Profesor Honorario** de la “Educational Foundation of Aesthetic Plastic Surgery”
- **Profesor invitado del Servicio de Cirugía Plástica de la Universidad de Irvine, California, EEUU** “American Board Certification of Plastic Surgery”
- **Relator Oficial en los congresos Internacionales** de EE.UU., Inglaterra, Francia, Canadá, Japón, Italia, Brasil y México
- **Autor de 20 técnicas originales y 150 trabajos publicados** en la especialidad
- **Miembro Honorario** de 20 sociedades científicas
- **Presidente de Honor de cinco Congresos Internacionales:** Francia (1990, 1994 y 1997), Italia (1994) y Portugal (1995)
- **Realizó demostraciones quirúrgicas** en todos los países de Latinoamérica y en EE.UU., Canadá, Inglaterra, España, Francia, Italia y Japón
- **Colaboró en 15 libros de Cirugía Plástica** editados en EE.UU.
- **Fue tesorero, Secretario General y Director de Publicaciones de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica**



## EDUCACIÓN

**Facultad de Medicina:** Médico Cirujano

**Graduado:** Graduado de Médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de CEMIC. Buenos Aires. Argentina.

## ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA

- Fundador y director de la Clínica Plástica y Fundación José Juri.
- Maestro de Cirugía Plástica
- Director y Fundador de la Revista Cirugía Plástica Argentina

## MEMBRESÍA PROFESIONAL

- Maestro de Cirugía Estética (Paraguay, Córdoba, La Plata, etc.)
- **Ha dictado cursos de perfeccionamiento** en Cirugía Plástica en nuestro país en Buenos Aires, La Plata, Rosario, Mar del Plata, Córdoba, Mendoza, Río Cuarto, Tucumán y Resistencia (Conferencia y Demostraciones Quirúrgicas)
- **Ha dictado cursos de perfeccionamiento** en Cirugía Plástica en el extranjero en Uruguay, Brasil, Chile, Perú, Colombia, México, EE.UU., Canadá, España, Inglaterra, Francia, Italia, Grecia y Japón (Conferencia y Demostraciones Quirúrgicas)

## PREMIOS

- Premio al Mejor trabajo del año de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. *Diploma y Medalla de Oro.*
- Premio Senior LELIO ZENO al Mejor Trabajo del Congreso anual de la sociedad Argentina de Cirugía Estética. *Diploma y Trofeo*
- Premio de Investigación AVELINO GUTIERREZ de la Academia Nacional de Medicina, Bs. As., Argentina. *Diploma y Medalla de Oro.*
- Premio Bianual MANUEL AUGUSTO MONTES DE OCA al Mejor Trabajo de Cirugía, por su libro sobre “Ultimos Avances en Cirugía Reconstructiva, otorgado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

- Premio RALPH MILLARD al Mejor Trabajo del Congreso otorgado por la Sociedad Canadiense de Cirugía Plástica.
- Premio Transacademia, Diploma de Honor y Medalla de Oro por su labor científica Internacional.

Cuando los autores estaban finalizando la preparación de este libro, se recibió la triste noticia del fallecimiento del Prof. Dr. José Juri, ocurrida en Buenos Aires, el 19 de marzo de 2021, a los 88 años.

Nacido en 1933, se graduó tempranamente a los 26 años. Fue médico rural, médico de hospital, y luego emprendió el camino de la cirugía, permaneciendo como una figura relevante de la cirugía plástica, una especialidad poco frecuentada, pero de creciente importancia científica, asistencial y social. Que ha unido varias vertientes, desde la cirugía reconstructiva de grandes lesiones congénitas o adquiridas, particularmente las malformaciones de los niños, hasta la reparación de las graves lesiones que pueden afligir la vida de un niño y comprometer su futuro desarrollo, o la modificación de partes del cuerpo que provocan angustia y rechazo de sí mismo o de los demás, sometiéndolo a múltiples y continuos disgustos, como el *bulling* que algunos chicos sufren por defectos que hoy, desde hace muchas décadas, son posibles de corregir. La restitución cuando es posible de las secuelas de grandes quemaduras y el tratamiento de los propios quemados, que requiere de tan largos tratamientos, sesiones de curación y múltiples intervenciones para injertar tejidos que permitan cubrir importantes brechas. Hasta las personas que desean recuperar rasgos que el paso del tiempo ha deteriorado, o quienes buscan remodelar su figura, combatir su calvicie o tantas otras situaciones.

José Juri a lo largo de las décadas mostró con una sensibilidad exquisita, su espíritu solidario, su talento como investigador y maestro de muchas generaciones de cirujanos plásticos, en ambos márgenes del Río de la Plata, como en el mundo occidental. Fue introductor de técnicas innovadoras, y enseñó con gran altura a muchos colegas más jóvenes. Recibió múltiples reconocimientos, honores y homenajes, todos de la mayor justicia, por sus amplios merecimientos. Fue un hombre de gran cultura, que disfrutó de la literatura, la música, la poesía. Y sobre todo cultivó la amistad, haciendo que en todas partes lo recuerden con hondo afecto. Por eso, su partida, ha llenado de congoja a todos quienes

lo conocieron. Varios grandes cirujanos plásticos uruguayos, algunos ya desaparecidos, y otros ya retirados, fueron sus discípulos y amigos, aprendiendo con él y ayudándole en jornadas memorables.

### **IVO PITANGUY (1926 – 2016)**

Ivo Helcio Jardim de Campos Pitanguy, más conocido como Ivo Pintaguy, nació el 5 de julio de 1926 en Belo Horizonte, hijo de María Staël Jardim de Campos Pitanguy, poeta y humanista, y de Antônio de Campos Pitanguy, médico cirujano y también humanista. Ingresó primero a la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, y luego se matriculó en la Universidad de Brasil, actual Universidad Federal de Río de Janeiro, donde se licenció en 1946.



Su interés por la cirugía plástica y reparadora nació de la disarmonía que sentían las personas en relación con su imagen por algunas lesiones consideradas menores, pero que les creaban un cierto complejo de inferioridad.

Terminados sus estudios en Brasil, hizo larga peregrinación para perfeccionar sus conocimientos con autoridades en la materia, tanto en Estados Unidos como en Europa, gracias a una beca que le concedió el Institute of International Education. Trabajó, entre otros, con el doctor John Longacre, en el Beteshda Hospital de Cincinatti, y como médico visitante en la Clínica Mayo (Minnesota) y en el servicio de cirugía plástica del doctor John Marquis Converse, en Nueva York.

Posteriormente, trabajó junto a prestigiosos médicos de la especialidad en el Hospital Americano de París y en otras instituciones francesas. Terminó su periplo en Inglaterra, donde prestó servicios en el Park Prewest Hospital, el Basingstoke and Rooksdownhouse Hospital, el

Queen Victoria Hospital, cuyo departamento de cirugía plástica dirigía el prestigioso doctor Sir Archibald Mc Indoe. También estuvo en el Churchill Hospital y finalmente en el Royal Orthopedics Hospital (Derbyshire).

En 1949 retornó a su país trabajando en la disciplina en el Hospital Santa Casa de Misericordia, de Rio de Janeiro, cuya sección de cirugía plástica dirigiría a partir de 1954. En 1954 fundó el primer Servicio de Cirugía Plástica y reparadora para quemados en el Hospital Souza Aguiar, de la misma



JOHN MARQUIS CONVERSE (1909 – 1981)

ciudad, cuando ya había sido nombrado jefe de servicio de la Casa de Misericordia. En 1961 organizó el Servicio de Quemados del Hospital Antônio Pedro, con ocasión del trágico incendio que asoló el Circo Norteamericano de Niterói, en el que quinientas personas perdieron la vida y más de cuatro mil sufrieron quemaduras de diferente consideración.

En 1963 fundó la Clínica Ivo Pitanguy, y fue nombrado profesor titular del Departamento de Cirugía Plástica de la Universidad Pontificia Católica en Río de Janeiro y del Instituto de Posgraduado Médico Carlos Chagas.

En sus cursos se han formado más de medio millar de cirujanos plásticos de Brasil y otros tantos de otros cuarenta países. Muchos de ellos hicieron estadías de diversa duración, entre ellos, algunos cirujanos plásticos uruguayos.

Su fama cundió por el mundo, y muchas celebridades, figuras públicas y del espectáculo, mandatarios, reyes y reyezuelos, así como sus consortes y concubinas, acudieron a su clínica para requerir y recibir sus servicios.

Sostuvo Pitanguy que esto “me enseñó que el ser humano es uno solo, y el bienestar en su intimidad no es una consecuencia del senti-

do de salud orgánica, sino el sentido de convivir en paz con la propia imagen, pues el rostro de cada individuo refleja su carácter y temperamento, es el espejo de su universo interior”.

Fue miembro del Consejo Editorial de diversas publicaciones científicas nacionales e internacionales, así como titular de numerosas academias y sociedades médicas, en América y Europa. Para 2003 había realizado más de 80.000 cirugías plásticas, estéticas y reparadoras. Publicó más de ochenta obras y fue autor de más de ochocientos trabajos aparecidos en revistas científicas de su país y el extranjero. Entre sus obras destacan: *Aesthetic surgery of the head and body* (premiado como mejor libro científico en la Feria del Libro de Frankfurt, en 1981), *Les chemins de la beauté* (1983), *El arte de la belleza* (1984) y el *Atlas de cirugía palpebral* (1994, premio Jabutí en la categoría de “libro científico”).

Vivió sus últimos años en su isla particular, en Angra dos Reis, donde mantenía un criadero para animales silvestres, integrado en un proyecto nacional para la conservación de las especies en peligro de extinción.

A su muerte, el periódico *The Guardian*, de Londres, publicó en el obituario que le dedicó el 9 de agosto de 2016, entre otros, los siguientes conceptos:<sup>72</sup>

*Cirujano cosmético que defendió el “derecho humano a la belleza” y fue pionero en procedimientos que sustentaron una industria global.*

*Aunque podría decirse que era el cirujano estético más conocido del mundo, Ivo Pitanguy, que murió a los 93 años, nunca sintió la necesidad de someterse a ninguno de los procedimientos en los que fue pionero. “Lo más importante es tener un buen ego y luego no necesitas una operación”, dijo. Con una mente tan aguda como su bisturí, el brasileño comprendió lo importante que es que las personas se sientan cómodas con su apariencia.*

*Sacó provecho de la vanidad y la inseguridad de los ricos y famosos con tanto éxito que pudo comprarse una isla privada con las ganancias de los estiramientos faciales, la abdominoplastia y las ampliaciones de senos para magnates mundiales y estrellas de Hollywood. Pero también estableció clínicas de enseñanza y él y sus estudiantes trabajaron por nada en aquellos que no podían pagar una cirugía reconstructiva para quemaduras, paladar hendido y deformidades.*

*En un discurso en una conferencia mundial de cirujanos plásticos hace dos años, Pitanguy desdibujó la diferencia entre el trabajo reparador y cosmético. En última*

72

<https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/aug/09/ivo-pitanguy-obituary>



*instancia, afirmó, ambos eran una forma de curación. “Algún día, quedará claro que la cirugía estética brinda la serenidad deseada a quienes sufren al ser traicionados por la naturaleza”, dijo a los delegados, muchos de los cuales había entrenado e inculcado con el espíritu de un “derecho humano a la belleza”.*

*Sus ideas siguen siendo controvertidas. Los críticos los llaman una táctica de marketing. Los partidarios dicen que Pitanguy ayudó a sus pacientes a superar la baja autoestima y otras dolencias psicológicas. Independientemente, estas ideas, y las muchas técnicas introducidas por el cirujano, son ahora la base de una industria global floreciente. Han echado raíces particularmente profundas en su país de origen. Hace dos años, Brasil superó a Estados Unidos como líder mundial en operaciones cosméticas.*

*Uno de los cinco hijos de un cirujano general, Antônio de Campos Pitanguy, y su esposa, María, Pitanguy nació en Belo Horizonte, al norte de Río de Janeiro, y siguió a su padre a la medicina. Como estudiante en la década de 1940, se dio cuenta rápidamente del potencial de la cirugía estética, que aún estaba en su infancia pero se estaba desarrollando rápidamente como resultado de tratamientos innovadores de tropas y civiles con cicatrices, quemaduras y desfigurados en la Segunda Guerra Mundial. Para obtener más información, estudió en Londres con Harold Gillies y Archibald McIndoe, expertos en injertos de piel para víctimas de quemaduras, y en París con Marc Iselin, líder en cirugía reconstructiva de huesos.*

*A su regreso a Río, Pitanguy trabajó inicialmente en cirugía de trauma, pero pronto creó un departamento de cirugía plástica en el hospital público Santa Casa da Misericórdia. Cobró fuerza en 1961 después de que un incendio arrasara una carpa de circo en la cercana ciudad de Niterói, dejando a muchos niños desfigurados con horribles quemaduras que sus injertos de piel ayudaron a aliviar. Pitanguy dijo más tarde que el incidente le enseñó la importancia de la apariencia para el bienestar emocional.*

*También lo proyectó en el centro de atención nacional y ayudó a suavizar las percepciones públicas negativas de la cirugía plástica, al igual que su trabajo sobre las quemaduras sufridas por el piloto de Fórmula Uno Niki Lauda en un accidente en 1976.*

*Su trabajo por los pobres durante las próximas décadas le proporcionó temas para perfeccionar y demostrar nuevas técnicas. Más tarde abrió su propia clínica privada, donde capacitó a 586 cirujanos plásticos en el oficio de estiramientos faciales, realce de senos y liposucción, además de aceptar a miles de otros para cursos y visitas de corta duración. Muchos de sus alumnos fundaron sus propias escuelas y clínicas en una industria que creció rápidamente a partir de la década de 1960.*

*Pitanguy modificó tantas caras famosas, incluidas las de los actores Sophia Loren y Gina Lollobrigida, que se convirtió en una celebridad por derecho propio. Su lujoso estilo de vida (viajes en helicóptero, yates de lujo y eventos benéficos) iba a ser un elemento básico de las revistas de chismes brasileñas durante más de medio siglo. Fue un coleccionista de arte de renombre internacional y una vez fue pintado por Salvador Dalí.*

*Pitanguy, pomposo y engreído a veces, argumentó que los cirujanos cosméticos eran “artistas de la forma viva, que se ocupaban del cuerpo y el alma”, aunque los efectos de su trabajo a menudo se ridiculizaban como superficiales y reforzaban un estereotipo de Brasil, y de Río en particular. - como estar preocupado de forma enfermiza por la apariencia. A pesar del trabajo pro bono de Pitanguy, la industria cosmética estaba principalmente dirigida a clientes adinerados. Los numerosos cirujanos estéticos contrastaban marcadamente con la escasez de personal médico que trabajaba en la atención primaria de la salud.*

*La cirugía estética es más popular que nunca y ahora se ha expandido mucho más allá de los pellizcos y pliegues a agrandamiento de glúteos, rejuvenecimiento vaginal, extensiones de pene, implantes pectorales, cantidades de grasa a escala industrial que se eliminan mediante liposucción y programas de televisión de realidad.*

*Pitanguy estaba demasiado orgulloso de su trabajo y demasiado consciente de sus efectos positivos como para decir alguna vez que había creado un monstruo, pero en sus últimos años advirtió que su “arte” corría el riesgo de trivializarse. “Lo importante es estar contento con tu propia imagen. Los cirujanos plásticos no deberían banalizar eso. Debe tratarse como un campo especializado como cualquier otro campo de la cirugía”.*

*En los últimos meses, su salud se había deteriorado. Desde septiembre, se sometía a diálisis después de que le diagnosticaran un problema renal. En junio fue al hospital para recibir tratamiento por una infección. Murió de un infarto al día siguiente de participar en su silla de ruedas en el relevo de la antorcha olímpica en Río de Janeiro.*

*Ese fue el momento final en el centro de atención mundial para un cirujano que, para bien o para mal, ayudó a dar forma a la forma en que la humanidad se ve a sí misma y lo que podría ser. Para él, la cirugía nunca fue puramente cosmética. Como dijo: “Traté de mostrar que va más profundo que la piel, que va dentro del alma”.*

*Le sobreviven su esposa Marilu Nascimento, cuatro hijos, Ivo, Gisela, Helcius y Bernardo, y cinco nietos.*

Ivo Hélcio Jardim de Campos Pitanguy, cirujano, nacido el 5 de julio de 1923; murió el 6 de agosto de 2016.

Fue hombre de vasta cultura, que presidió el Museo de Arte Moderno de Río de Janeiro, durante diez años, fue miembro del Consejo Deliberativo del Instituto Brasileño de Educación, Ciencia y Cultura, de la Comisión Nacional de la Unesco, y del Comité de Salud de la Comisión de Estudios Constitucionales, además de disfrutar recitando poesías de diversos autores, entre ellos de alemán Wolfgang Goethe, o del poeta granadino Federico García Lorca. Fue miembro de la Academia de Letras de Brasil.

Él sostuvo que la cirugía estética no se podía banalizar y no debía trastocar la personalidad: *“Es importante para restituir la imagen en algu-*

*nas ocasiones, pero nunca por imposición externa. Por ello, a veces he recomendado un tratamiento psicológico en vez de un bisturi*<sup>73</sup>

## **EL PADRE DE LA MODERNA CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL**<sup>74</sup>

La historia de la cirugía plástica facial moderna comenzó hace más de cien años, cuando unos pocos hombres comenzaron a explorar de forma independiente una nueva frontera quirúrgica de reparaciones reconstructivas y funcionales, que también mejoraron la apariencia. Como era de esperar, se habían formado en diferentes especialidades, incluida la otorrinolaringología, por lo que aportaron al trabajo conocimientos y habilidades algo diferentes. Al observarse unos a otros (había pocos programas formales de formación en ese momento), estos cirujanos mejoraron y ampliaron rápidamente los procedimientos que cada uno podía realizar.

Un cirujano en particular se destaca de esta época. Jacques Joseph (1865 – 1934), nacido como Jakob Lewin Joseph, segundo hijo del rabino Israel Joseph, en Königsberg, Prusia. En 1892, estaba trabajando como asistente del cirujano ortopédico Dr. Julius Wolff en Berlín, Alemania, cuando se interesó por la cirugía plástica facial. El primer caso de Joseph fue el de un niño que se negó a asistir a la escuela porque sufrió el ridículo [mobbing] de sus compañeros de clase por sus orejas grandes y protuberantes. En 1896, la madre del niño se acercó a Joseph para pedirle consejo y le preguntó si podría haber un alivio quirúrgico para la aflicción de su hijo. Aunque Joseph no sabía que se había realizado una cirugía de este tipo antes, sintió que era posible y después de una planificación cuidadosa la operó con éxito. Su logro le trajo renombre temprano cuando lo informó a la Sociedad Médica de Berlín; sin embargo, también le costó su trabajo con Wolff, quien sintió que Joseph había arriesgado la reputación de la clínica de Wolff al realizar el procedimiento inconformista.

El primer otorrinolaringólogo John Orlando Roe realizó la primera rinoplastia intranasal en 1887. Sin embargo, es Jacques Joseph cuyas contribuciones monumentales a la cirugía plástica facial le valieron un lugar en la historia como el padre de la subespecialidad moderna. “To-

73 <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/p/pitanguy.htm>

74 [https://www.abfprs.org/about/h\\_father.cfm](https://www.abfprs.org/about/h_father.cfm)

dos al principio utilizaron alguna modificación de las ideas originales de Joseph y luego las cambiaron”, recuerda John J. Conley. La propia reputación de Conley como el cirujano de cáncer de cabeza y cuello más importante del mundo le dio una enorme estatura a la joven AA-FPRS (Sociedad Americana de Cirugía Facial, Plástica y Reconstructiva), de la que se desempeñó como presidente en 1966. En 1974, dirigió la AAOO.

Dos años después, Joseph realizó su segundo procedimiento plástico facial en un hombre de 28 años cuya nariz extremadamente grande le causó tanta vergüenza que no pudo soportar aparecer en público. El hombre había oído hablar de la reducción de orejas que había realizado Joseph y se preguntó si también podría reducir el tamaño de una nariz. Joseph sintió que esto también era posible, pero era lo suficientemente complicado como para practicar primero con un cadáver, lo cual hizo. De nuevo lo consiguió y en mayo de 1898 informó de este logro a la Sociedad Médica de Berlín.

El informe de Joseph incluía una teoría que Joseph había estado desarrollando, que postulaba que el aspecto psicológico de la cirugía estética era tan importante como su éxito físico. Según la teoría, una persona cuya apariencia causaba una desventaja social o económica estaba tan gravemente afectada como una persona que padecía una enfermedad debilitante. Esta fue una visión valiente y compasiva a la luz de que está fuera de la corriente principal de la medicina, cuyos cirujanos “serios” despreciaron el uso de sus habilidades con fines cosméticos. También era contrario al trasfondo prusiano de Joseph, que advirtió severamente a uno que se las arreglara con lo que la vida trataba. Joseph llamó al deseo de lucir normal “anti-displasia”, no vanidad.

Con su éxito inicial y sus puntos de vista compasivos, los pacientes pronto acudieron en masa a Joseph. Otros cirujanos también vinieron a observar y aprender. En poco tiempo, Joseph tenía fama de ser el principal cirujano plástico facial de Europa. Su trabajo finalmente le valió un lugar en la historia como el padre de la cirugía plástica facial moderna.

Mientras tanto, otros cirujanos ya habían comenzado a explorar el mismo territorio. En 1845, otro alemán, Johan Friedrich Dieffenbach (1792 – 1847) publicó un artículo que describía un procedimiento para



En esta fotografía de 1922, tomada en la oficina del profesor Friedrich Kopsch en el Instituto Anatómico de Berlín, Joseph (sentado, en el extremo izquierdo) posa con cirujanos que vinieron a estudiar sus técnicas plásticas faciales. De izquierda a derecha, sentados: Joseph, Kopsch y un cirujano español desconocido. De pie: Jacques Maliniac, Gustave Aufricht y Zoltan Nagel. Aufricht y otro aprendiz de Joseph, Joseph Safian, llevaron las técnicas de rinoplastia de Joseph al área de Nueva York en los años treinta. (Foto reimpressa con permiso de W. B. Saunders).

la reducción de la nariz mediante incisiones externas muy similares a las utilizadas por Joseph en 1898. En 1881, un otorrinolaringólogo, Edward Talbott Ely, había realizado la primera corrección de orejas protuberantes en un niño de 12 años en el Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital en Nueva York (corrigió una oreja a la vez, con un intervalo de seis semanas). Robert F. Weir (1838 – 1927), un renombrado profesor de cirugía en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la ciudad de Nueva York, afirmó haber realizado una rinomiosis total (reducción total de la nariz) en cuatro etapas en 1885. Un cuarto cirujano, John A. Orlando Roe (1848 – 1915) se le atribuye la realización de la primera rinoplastia intranasal en 1887. Roe, que ejercía en Rochester, Nueva York, era otorrinolaringólogo de formación y había publicado más de treinta artículos sobre diversos temas otorrinolaringológicos antes de su histórica rinoplastia. Cuatro años más tarde volvió a hacer historia, cuando publicó un artículo en el que describía la eliminación de la joroba endonasal en cinco pacientes, así como el uso de un alambre

de resorte para la ferulización interna de la nariz. Samuel Foman fue a Europa a estudiar con Joseph en los años treinta y luego organizó un curso sobre los métodos de Joseph. Entre los setecientos cincuenta otorrinolaringólogos a los que enseñó estaban dos Maurice H. Cottle e Irving B. Goldman, que continuaron desarrollando sus propios cursos.

Los leales seguidores de los tres hombres formaron sociedades, y Foman y Goldman se fusionaron para crear la AAFPRS en 1964.

No obstante, fue Joseph quien se hizo mundialmente famoso. Durante la Primera Guerra Mundial, se desempeñó como director de la División de Cirugía Plástica Facial del Charity Hospital de Berlín.

En condiciones de emergencia, restauró los rostros devastados por la guerra de innumerables soldados alemanes. Estudió y clasificó sus deformidades, luego escribió muchos artículos y su monumental libro, Rinoplastia y otras cirugías plásticas faciales, donde registró por primera vez su teoría de que la anti-displasia era una enfermedad tratable.

## EPÍLOGO

A través de los capítulos que anteceden se ha intentado una revisión panorámica del desarrollo de la cirugía plástica, estética y reconstructiva a través de los tiempos, tanto en el mundo occidental como en el Uruguay.

Se ha subrayado la acción y trayectoria de las principales figuras que hicieron posible la incorporación de las diferentes partes que integran esta especialidad. Destacando la influencia de los maestros que en el exterior, tanto en la región como en el mundo, han contribuido a la formación y entrenamiento de nuestros pioneros.

Se ha buscado mostrar la diversidad de las experiencias y trayectorias que impulsaron la disciplina, así como la modificación del pensamiento de sus primeros actores, que evolucionaron desde la asimilación exclusivamente de la dedicación a la cirugía reparadora de malformaciones congénitas, graves lesiones deformantes de cara y miembros, los grandes quemados, con rechazo de la vertiente estética, que aunque de aparición cronológicamente más reciente, parecería ser la que ha tenido mayor captación por la opinión pública y médica.

El reconocimiento de la importancia para las personas de lograr la armonía de la psiquis con su cuerpo, y la admisión de que es posible

ayudar en esa necesaria búsqueda para muchas de ellas, más allá de sus posibilidades económicas, debe hacer reflexionar sobre la necesidad de integrar su concurso como una actividad médico-quirúrgica natural para buscar el bienestar y la calidad de vida. Lejos de ser una excentricidad, un lujo o una frivolidad, integra y así debe reconocerse, como parte del arsenal terapéutico que en esta época puede ofrecerse a quienes encuentran que alguna parte de su figura puede estar interfiriendo en su autovaloración o relacionamiento social.

Así como el paso del tiempo y los recursos de la medicina, en constante progreso, han permitido incrementar notablemente la expectativa de vida en los diversos países, este progreso se ha acompañado de numerosas intervenciones que han facilitado corregir aquellas circunstancias que los humanos dañan estructuras y limitan funciones normales. Progresivamente la casi totalidad de esas ayudas, que con justicia se consideran avances de la ciencia aplicada al bienestar de las personas, se han integrado sin discusión a las prestaciones de los servicios de salud, a la seguridad social, y a la financiación indiscutible por los sistemas de atención más tradicionales. Los beneficios de la cirugía plástica en su vertiente estética, deberían también ser incorporados, ya que muchas de sus intervenciones corrigen la acción del tiempo o modifican estructuras que modifican la apariencia y son autopercebidas como perjudiciales para el desempeño de quienes así lo sufren.

Al respecto, ya en 1987 escribió Burt Brent, el cirujano plástico estadounidense:<sup>75</sup>

Dado que las orejas prominentes son frecuentes en la población británica, el Servicio Nacional de Salud (National Health Service) las reconoce como deformidades congénitas corregibles en lugar de defectos “cosméticos”. De ahí que, a temprana edad, muchos niños lleguen a la consulta del Sr. Mustardé. Durante mi beca en el Hospital Canniesburn en Escocia, tuve la oportunidad de corregir muchas de estas deformidades con el Sr. Mustardé cuando los niños tenían entre 4 y 6 años.

Así se ha buscado a través de esta publicación, mostrar cómo se han ido superando obstáculos y prejuicios, a veces de los propios médicos referentes, para la atención de estas situaciones. Encontrando que no

<sup>75</sup> BRENT, B. The artista of Reconstructive Surgery: The C. V. Mosby Company 1987, p. 109.



solamente las patologías producidas por lesiones graves o secuelas, las malformaciones congénitas, o las situaciones similares, deben y pueden corregirse, sino que también otras circunstancias que condicionan a las personas y que también pueden ser corregidas, deberían aceptarse como integrantes naturales de la mejor acepción de la definición de la Organización Mundial de la Salud, cuando afirma que:

*“La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.*

Especialmente cuando en nuestra época se insiste en el desarrollo de la medicina centrada en la persona, así como en la humanización de la atención, poniendo el énfasis en el derecho de los pacientes, y la autonomía de sus decisiones, como nuevas fronteras de la libertad individual.

En este sentido, además de realizar un itinerario a través de la historia de la civilización, para conocer cómo se fueron produciendo los progresos y la incorporación de soluciones diversas en la aplicación de la cirugía plástica, estética y reconstructiva, se ha buscado establecer una referencia sobre la importancia de elegir un profesional idóneo para emprender una actividad en este campo. Brindando algunas informaciones que pueden resultar de utilidad a la hora de buscar una opinión, que no siempre puede ser complaciente con los deseos de la persona, sino que deben ser analizados a la luz de las posibilidades del arte quirúrgico disponible.

Así se pasa revista a las intervenciones que en su tiempo fueron novedades inconcebibles y hasta resistidas o castigadas, como se pasa revista a los principales centros donde la disciplina se desarrolló en Uruguay y quienes fueron sus principales actores. Para reconstruir ese importante trayecto que ya tiene más de tres cuartos de siglo de existencia en nuestro medio.

La que aquí se presenta es una historia necesariamente incompleta, que otros autores podrán ensanchar más adelante, aportando nuevas miradas, en el incesante avance del conocimiento y la incorporación de aspectos no reflejados aquí.

Los autores estiman que su objetivo se ha cumplido, si a través de este trabajo se puede adquirir noción clara de lo que ha sido el proce-

so de construcción de esta especialidad a través de los siglos, para las diversas civilizaciones, y a través de los últimos tres para su desarrollo en el Uruguay.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiach G., Levignac J. La rinoplastia estética. Masson 1989.
- Balint M. El Médico, el Paciente y la Enfermedad, 2 tomos, Ed Libros Básicos, Buenos Aires 1961.
- Brent B. The artist of Reconstructive Surgery. The C. V. Mosby Company 1987.
- Bunnell-Boyes, Cirugía de la mano. Inter Médica 1967.
- Cagnoli H. La ortopedia y su historia en el Uruguay, Librería Médica Editorial, 1986.
- Eco Umberto, Historia de la Belleza, Editorial Lumen 2004.
- Eco Umberto, Historia de la Fealdad, Editorial Lumen 2007.
- Escardó, Florencio: Moral para médicos. Eudeba, 1963.
- Fauvet Jean, Historia de la medicina, Ed. Universitaria de Buenos Aires 1968.
- Fossati G. H., Verdades y Mitos de la Cirugía Estética, Edición personal, 1988.
- Fossati G. H., Cirugía Plástica, Ed. Defensa Civil Departamental. 1965.
- Fossati G. H. De cuerpos y almas. Edición personal, 1991.
- Fossati G.H. Ama tu cuerpo. Edición personal. 2000.
- Gombrich E. H. La Historia del Arte, Ed Phaidon 1997.
- Gutiérrez Blanco Horacio, Médicos Uruguayos Ejemplares, 2 tomos Impr. Rosgal 1989.
- Irigaray Fischetti. A. Anatomía quirúrgica y Semiología de la mano, Edicur 1974.
- Irigaray Fischetti A. Cirugía Plástica y Estética. Ed. Librería Médica 1999.
- Israel Lucien, La decisión médica, EMECE 1980.
- Malbec Ernesto, Impresiones de un cirujano, Ed. Plus Ultra 1967.
- Mosera Rubens. Don Quijote de la Mancha y la Medicina Ed. personal, 1985.
- Lockhart J. Historia del Hospital de Clínicas, Edilimed 1988.
- Lockhart J. La historia del Hospital Maciel, Ed. Revistas 1982.
- Lyons, Albert S. and Petrucelli, Joseph II: Medicine, an illustrated history. Harry N. Abrams, Inc., Publishers, New York, 1978.
- Pedemonte Pedro V. Cirugía Plástica y Estética, Montevideo 1950.
- Skoog Tord, Atlas de cirugía Plástica, Ed. Salvat 1976.

- Turnes Antonio L. Héctor Ardao, Ediciones Granada 2011.
- Turnes Antonio L. , El *Chumbo* Ríos, Ediciones Granada 2013.
- Turnes Antonio L. Francisco V. Davison, Ediciones Granada 2019.
- Vázquez Barbé A. Semiología y Traumatismos de la mano, Gráfica S.A. 1990.
- Weinzweig Jeffrey, Secretos de la cirugía plástica. Interamericana, 1999.
- Wilson, E., Nowinski, A., Turnes, A.L., Sánchez Puñales, S., Sierra J. : El Hospital de Clínicas de Montevideo; génesis y realidad (1887 – 1974), 2011.

# ÍNDICES



## ÍNDICE ONOMÁSTICO

<b>A</b>		
ABAL-OLIÚ, Alejandro	64	
ABBOTT, Gilbert	142	
ABERER, W.	191	
ABOUDIB, José	210	
ACERBI CREMADES, Norma	25, 44	
AGACHE, I.	181	
AGARWAL, A.	181	
AGUILAR, Hernán	461	
ALBA, Enrique	319	
ALBANESE, Alfonso Roque	460	
ALBO CARBALLEIRA, Manuel	42, 66, 82	
ALBO, Isidro	66	
ALDUNATE PHILLIPS, Emilio	51	
ALEJANDRO MAGNO	139	
ALÉM o ALLEN, Pedro	70	
ALNOT, Jean-Yves	243	
ALONSO REGULES, Justo Elías	242	
ALONSO, Justo Marcelo	341	
ALTMAN, Javier	190	
ÁLVAREZ GRAU, Juan	342	
ALVES, Sarita	206	
AMBROSONI, Pablo	290	
AMÉZAGA, Juan José de	274, 286	
AMORÍM, José Lino	64, 73	
ANDRÉ, Sino	265	
ANDREONI, Luis (Luigi)	294	
ANGER, Jaime	209	
ANGRIGIANI, Claudio	208, 242	
APOLO PINTOS, Enrique	42, 51, 87, 88, 89, 93, 190, 217,	276, 319, 330, 331, 339, 341, 342, 363, 364, 385, 382, 396, 399, 400 114, 205, 335 286, 287 266 265 91 113, 335 199 19, 20, 21, 33, 43, 47, 50, 56, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 99, 100, 101, 102, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 196, 197, 198, 199, 204, 217, 226, 251, 273, 275, 331, 342, 353, 354, 363, 364, 366, 367, 369, 379, 380, 381, 382, 383, 385, 386, 387, 388, 393, 395, 396, 399, 400, 401, 403, 404, 439,
		ARAÚJO, Juan ARBELECHE, Beltrán ARBILLA, Alma de ARCIERI, Joaquín ARCONADA, María Consuelo ARCOS BARONI, Mario Alberto ARCOS PÉREZ, Mario ARDAO JAUREGUITO, Héctor Alfonso

	440, 441, 444, 482	BELAÚNDE TERRY, Fernando	391
ARDAO JAUREGUITO, Rúben	80, 99, 191, 288, 289, 332, 342, 354, 363, 402	BELLONI, José	58
ARECHAVALETA, Eduardo	281	BENAIM, Fortunato	10, 103, 322, 323, 326, 327, 328, 352, 390, 396, 461, 464
AREOSA COSTIGLIOLO, Héctor Manuel	289	BENEDEK, Pedro	265, 269
ARGAÑARAZ, D.	289	BENGOCHEA, Luis Enrique	153, 154
ARRIZABALAGA, Gerardo	43	BERGALLI, Luis	71
ARRÚE, Carlos	114, 213	BERGER, Paul	74
ARRUENATEGUI, César	244	BERMEJO, (cirujano siglo XIX)	145
ARTIGAS, José Gervasio	12, 70, 148, 293, 385	BERMÚDEZ, Oscar	99
ASUREY, Néstor	212, 256	BERNI, Antonio	439
AUFRICH, Gustave	416, 475	BIBOLINI, Alejandro ("Poncho")	234, 238, 395
AXHAUSEN, Georg	341	BIEBER, T.	181
AYALA, Nurse	153	BLACK, Joseph	139
AYALA, Walter	154, 155	BLANCO ACEVEDO, Eduardo	77, 78, 271, 272, 279, 286, 386, 388, 426, 459
AYERZA, Abel	439	BLANCO, Roque	201
		BLANCO, Teresa	206
<b>B</b>		BLASIAK, José	242
BACHERT, C.	181	BLUM, E.	206
BACIGALUPI OBIOL, Juan José	334	BLUMENTHAL, F.	121
BADÍAS, Juan Luis	212	BODONOV, Olga	277
BADO, José Luis	77, 271, 272, 273, 275, 277, 280, 281, 286, 287, 319, 386, 388	BÖHLER, Lorenz	438
BAGATTINI, Juan Carlos	290	BOIANO de TROPEA	26
BALDOMIR, Alejandro	113, 206, 306	BOIX, Enrique	265
BALDOMIR, Alfredo	274	BONAPARTE, Napoleón	35, 68, 73, 345
BALUGA, Juan Carlos	15, 104, 159, 181	BONAVITA PÁEZ, Eugenio	89, 90, 101, 190, 200, 289, 291, 311, 319
BAMJI, Andrew	444, 450	BORGES (EUA)	395
BANCHIERI, Miguel	318	BORTAGARAY, Carlos	82
BARCIA, Pedro	184, 382	BOSCH, Gonzalo	101, 205, 276, 366
BAROUDI, Ricardo	208, 209	BOSNIC-ANTICEVICH, S.	181
BARREIRO, Álvaro	16, 106, 205, 256, 289, 335, 349, 353, 354	BOTTARO, Luis Pedro	74
BARRETO, Juan	452	BOUSQUET, J.	181
BARRETO, René	16, 206	BOYES, Joseph H.	348, 360, 481
BARSKY, Arthur J.	360	BRACHO, Jorge	190, 396
BASAGOITI, Vicente	287	BRAGADINI, Luis	396
BATLLE BERRES, Luis	76, 287, 295	BRANCA, Antonio	26, 32, 415
BATLLE y ORDÓÑEZ, José	76, 285	BRANCA, Gustavo	26, 32, 415
BEARE, Robin Lyell Blin	394	BRAZEIRO DÍEZ, Héctor	193
BÉCHAMP, Antoine	121	BREITFELD, Carlos	104, 113, 203, 205, 245, 256, 289, 339
BEDFORD, Davis Evan	135	BRIDTS, C.H.	181
		BROCKOW, K	181



BROOKING, Tom	444, 450		
BROWN, James Barrett	92		306, 354, 400,
BROZEK, J.L.	181		401, 402, 412,
BRUCK, Johannes C.	396		417
BRUHN, Christian	444	CASTIGLIONI NEGRÓN,	
BRUM, Patricio	214	Julio A.	153
BRUN		CASTILLO MALMIERCA,	
(Prof. Agdo. con Nélaton)	64	Luis Alberto	242
BRUNNEL, Adolfo	145	CASTRO FERREIRA,	
BUNCKE, Harry J.	106, 228, 229,	Marcus	230, 242
	232, 267	CASTROVIEJO, Ramón	453
BUNNEL, Sterling	251, 253, 273,	CAVADAS, Pedro	52, 258
	283, 347, 348,	CAVIGLIA STARICCO,	
	349, 355, 356,	Saúl	156
	357, 358, 359,	CAYAFA PANASCO,	
	360, 361, 481	Mario Andrés	205, 314, 335
BUSTOS ALONSO, Raúl	205, 336	CELSE, Aulio Cornelio	26, 32
BUSTOS, Guillermo J.	160, 161	CELSUS, Aulus Cornelio	26
BZUROVSKI, Enrique	155	CERIZOLA, María M.	102, 200, 336
		CETTA, Nicolás	306
		CHAIN, Ernst Boris	125, 128, 129,
			130, 131, 132
		CHAMPY, Maxime O.	394
		CHAPLIN, Charles	299
		CHAPPE, Walter	302
		CHARNLEY, John	356
		CHAVARRÍA, Oscar	332
		CHERIF, Kamal	210, 394
		CHERTKOFF, León	154, 155
		CHIAZZARO, Atilio	63, 64, 73
		CHIFFLET DE LODRON,	
		Juan	241
		CHIFFLET GRAMÁTICA,	
		Abel	81, 184, 188,
			196, 197, 352,
			381, 382, 399
		CHIFFLET, Álvaro	113, 339
		CHURCHILL,	
		Lord Randolph	135, 136
		CHURCHILL,	
		Sir Winston	134, 135
		CIBILS PUIG, José Pedro	77, 83, 86, 95,
			332, 333, 388,
			425, 426
		COATES, Guillermo	114, 212, 299
		COHEN, Lida	212
		COIFFMAN, Felipe	104, 247
		COLEBROOK, Leonard	123, 393
		COLOMBO, Marcos	102, 190, 289,
			314, 318, 339
		COLTON, Gardner Quincy	142
		COMASCHI, Juan	452
		CONLEY, John J.	474
		CONVERSE,	
		John Marquis	42- 264, 427,
			468, 469
		CORREA CHEM, Roberto	242

## C

CÁCERES CARDONA,	
Gonzalo	190, 191, 363,
	366
CAGNOLI, Hebert	77, 272, 286, 481
CALCAGNO, Marta	113, 240, 242,
	256, 335, 367
CAMES, Oscar	438
CAÑELLAS, Antonio	151, 154, 155
CANZANI, Alfredo	337
CAPEZZUTI, Rolando	26
CAPRARIO, Jorge	265
CARITAT LARRAR,	
Ricardo Joaquín	77, 272, 286, 332
CARLOS X,	
(rey de Francia)	140
CAROZZI, J.	181
CARREL, Alexis	227
CARRIÓN, Alberto	190, 396
CARRIQUIRY KAYEL,	
Carlos	94, 107, 108,
	289, 352
CARROLL (EUA)	394
CARTER, Federico	316
CARTER, Hannah Packer	61
CARTER, P.	361
CARTER, Richard	61
CASAMAYOU, R.	181
CASINASCO, Angeles	339
CASTAÑARES (EUA)	396
CASTEX, Mariano R.	459, 460
CASTIGLIONI LARGHI,	
Juan Andrés	13, 14, 99, 100,
	101, 102, 104,
	109, 191, 192,
	205, 276, 289,

CORREA ITURRASPE, Miguel	396, 453	DELGADO PEREIRA, Bolívar	392, 399 254
CORREA, Aída	206	DERQUENNE, François	41
CORSINO, Paola	114, 214, 306	DEVINCENZI, Garibaldi J.	66
CORTABARRÍA, Natalia	114, 306	DI STÉFANO, Raquel	114, 366
COSSIO, Pedro	439	DÍAZ ROSSELLO, José Luis	265
COSTA-ESTIMA, Antonio	395	DICKMANN, Germán Hugo	461
COTTLE, Maurice H.	417, 476	DIEFFENBACH, Johann Friedrich	33, 34, 35, 418, 474
COZZI, Elbio Pedro	464	DIGHIERO, Ítalo	286
CRAWFORD, Tomás	145	DILLON, Michael	441
CROCE, Victor H.	161	DIRÓN, Francisco	214
CUADRA, Dalila	240, 313	DIXON, T.	181
CULP, Connie	258	DOMAGK, Gerhard Johannes Paul	122, 123
CURBELO WARREN, Jorge	113, 206, 212, 240, 247	DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, Raquel	37, 72
CURTIS, Raymond	361	DOYLE, J. R.	361
CURUCHET, Jorge	460	DRAGONE, Jorge	162
		DREVER, J. Michael	205
<b>D</b>		DUBOIS, François	40, 41
D'ANGELO, Mary	199	DUCHENNE, Guillaume	346
D'ESPAUX, José Luis	303	DUCHESNE, Ernest	126
DAVIES, Ralph K.	267	DUGUE, P.	181
DAVISON, Francisco Vardy	37, 38, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 482	DUNN, Sir William	128
DAVY, Humphrey	139	DUPUYTREN, Georges	346, 369
DE LA PLAZA (España)	368		
de los RÍOS, Gimena	114, 214	<b>E</b>	
de PENA, Prudencio	330	EBO, D.G.	181
DE QUERVAIN, Fritz	347	ECHEGOYEN, Eduardo	277, 306
DE VECCHI GUTIÉRREZ, Jorge M.	13, 15, 94, 98, 103, 106, 242, 265, 339, 353, 354, 366, 386	ECO, Umberto	411, 413, 481
DE VECCHI LARRALDE, Jorge Arturo	16, 84, 85, 86, 94, 96, 104, 106, 107, 200, 201, 217, 222, 265, 275, 276, 311, 319, 325, 326, 330, 331, 333, 334, 339, 342, 352, 363, 364, 365, 370, 379, 380, 383, 385, 386, 387, 391, 400, 402, 410, 412, 426	EDGAR, D.M.	181
DECARO, Jorge	265	EDWARD VII (rey del Reino Unido)	294
del CAMPO, Juan Carlos	82, 151, 217, 325, 386, 387,	EHRLICH, Paul	119, 120, 121, 122
		EIRALE, Alberto	75
		EITNER, Franz	342
		ELBAUM, Alberto	112, 289, 306
		ELLAURI, Plácido	71
		ELY, Edward Talbott	418, 475
		EPSTEIN, Elias	153
		ERNST, Franz	341
		ESMARCH, Friedrich von	347
		ESPERNE, Pedro	460
		ESTAPÉ, Pedro	242
		<b>F</b>	
		FAJARDO, Gonzalo	101, 289, 366
		FALK, Leslie	128, 129
		FAUVET, Jean	114, 481

FAY, A.	181		
FÉLIX GÜEREÑA, María de los Ángeles	404		
FERNÁNDEZ ORIA, Walter	151, 153, 154, 155		
FERNÁNDEZ, A. (Argentina)	365		
FERNÁNDEZ, Julián	396, 453, 461		
FERNÁNDEZ, Leoncio	460, 463		
FERRATI TURDERA, Carlos Eduardo	91, 92, 190, 191, 200, 342, 363		
FERRÉ, Rodolfo	461		
FERREIRA, Fermín	71, 147		
FERRER RUIZ, Jorge	342		
FILATOV, Vladimir	441		
FINOCHIETTO, Enrique	37, 79, 439, 460, 461, 464		
FINOCHIETTO, Ricardo	459, 460, 461, 463, 464		
FIREDMANN, P.S.	181		
FISCHER, Giorgio	423		
FISHER, M.M.	181		
FLEMING, Sir Alexander	124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136		
FLOREY, Howard Walter	125, 128, 129, 130, 131, 132, 133		
FOCH JOU, Guillermo	120, 124, 133		
FOMAN, Samuel	476		
FONTGIVELL, Antonio	211		
FORTEZA, Francisco	184, 382		
FOSSATI AVILÉS, Gonzalo Luis	16, 94, 111, 112, 205, 212, 214, 335, 336, 366, 367		
FOSSATI BENENATI, Guillermo Horacio	20, 21, 32, 35, 36, 47, 48, 49, 69, 77, 82, 84, 85, 86, 87, 90, 91, 92, 93, 94, 103, 104, 105, 187, 190, 191, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 208, 209, 212, 214, 217, 218, 219, 220, 222, 229, 230, 231, 239, 242, 245, 246, 253,		
			254, 255, 291, 297, 311, 319, 323, 330, 332, 334, 335, 341, 342, 345, 353, 363, 364, 369, 370, 379, 380, 385, 386, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 424, 426, 428, 436, 450, 452, 481
		FOSSATI INTROZZI, Enrique	96, 104, 105, 106, 107, 203, 205, 231, 234, 240, 242, 243, 245, 247, 299, 340, 353, 354
		FOSSATI, Santiago	114
		FOURNEAU, Ernesto	120, 123
		FOURNIER, Pierre	117, 118, 208, 209, 219, 393, 424
		FOWLER, Samuel Benjamin	360
		FRANCO, Doralvo	190
		FRANKLIN, Benjamin	355
		FRANZINI, Luis	281
		FREUD, Sigmund	439
		FREUNDLICH, Christopher	268
		FRY, Sir William Kelsey	445
		FUJINO, Toyomi	229, 231, 236, 245, 246, 395
		<b>G</b>	
		GALENO de PÉRGAMO, Claudio	32, 138
		GARAZZA, María Marta	265
		GARCÍA CAPURRO, Rafael	78, 81, 254, 261, 295, 297, 298, 299, 426, 459
		GARCÍA GÜELFI, Atilio	156
		GARCÍA LAGOS, Horacio	295, 299
		GARCÍA LORCA, Federico	472
		GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel	249
		GARCÍA PODESTÁ, Pablo	265
		GARGIULO, Juan	212
		GELMO, P.	122
		GENTILE RAMOS, Irma	163
		GIL y PÉREZ, Juan Ignacio	398

GILBERT, Alain	203, 210, 243, 246, 254, 394	GUEANT-RODRÍGUEZ, R.M.	181
GILBERT, Sir Martin	135	GUIOT, Gerard	263
GILLIES, Sir Harold	39, 43, 45, 47, 48, 49, 57, 72, 78, 184, 187, 188, 189, 226, 227, 237, 251, 297, 298, 305, 381, 382, 393, 394, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 450, 451, 452, 453, 455, 457, 471	GUTIÉRREZ BLANCO, Horacio	64, 481
GILMAN, Alfred	126, 131	GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, Avelino Práxedes	466
GIRÁLDEZ, Rosario	16, 199, 205, 215, 240	GUTIÉRREZ, Virgilio César	242
GIRARDI, G.	395	<b>H</b>	
GIURIA ANZUELA, Harry	108, 192, 276, 306	HAGENDORENS, M.M.	181
GIUSSI, Gustavo	205	HALLE, Kay	135
GOLDMAN, Irving B.	476	HALSTED, William	74
GOLINO, Francisco	301	HARASHINA, Takao	232, 236, 245, 246, 395
GÓMEZ HAEDO, Ana	277, 306	HARII, Kiyonori	229, 231, 234, 235, 346
GÓMEZ, Gustavo	212	HARPER, N.J.	181
GÓMEZ, Sylvia	114, 212	HARRETCHÉ, Álvaro	324
GONÈ-FERNÁNDEZ, A.	27	HARVEY, Alfredo	145
GONZÁLEZ PICANÇO, Carlos	156	HARVEY, William	344
GONZÁLEZ ULLOA, Mario	20, 394, 404, 419	HATA, Sachahiro	121
GONZÁLEZ VÁZQUEZ, Tabaré	155	HAYWARD, J. A.	126, 130
GONZÁLEZ VIERA, Pedro	153	HEATLEY, Norman	128, 129, 131, 132
GONZÁLEZ, Alejandra	114, 206	HERRELL, Wallace E.	130
GONZÁLEZ, Ángel	190, 394	HERRERA CUÑA, Eduardo W.	255
GONZÁLEZ, Hugo	289	HERRERA y OBES, Julio	75
GONZÁLEZ, Yolanda	240	HERRERA, Jorge	210
GOODMAN GILMAN, Alfred	126, 131	HERZEN, V.	116
GOODMAN, Luis S.	126, 131	HEWLETT, William Reddington	358
GOODMAN, Wilfred S.	416	HICKMAN, Henry Hill	140
GOOI, H.C.	181	HILL, Mabel	449
GOSSÉLIN, Léon Athanase	60	HINDERER MEISE, Ulrich	201, 396
GOULD, S. J.	361	HIPÓCRATES de Cos	29, 31, 32, 34, 138
GRACIANO, Rafael	94, 113, 277	HIRSCH, Ken	134
GREEN, Stuart A.	355, 361	HOFACKER, Gottlieb	38
GRUMBERG AIZENAS, José Luis	114	HOGEMAN, K. E.	264
GRÜNBERG, Jaime	319	Hohenheim)	115, 139
		HOLLANDER, Eugen	419
		HOLMES, Oliver	142
		HORNBLAS GELBTRUNK, Juan Jacobo	85, 94, 95, 106, 107, 190, 191, 198, 200, 212, 265, 269, 311, 315, 323, 325, 339, 366, 369, 370, 380, 385, 386, 387, 400, 426

HOUSSAY, Bernardo A.	439		
HUÁ TUÓ	138		
HUGHES, Frank Antonio	197		453, 458, 461
		<b>I</b>	
ILIZAROV, Gabriel	356, 361		
ILLOUZ, Gerard Yves	219, 393, 423		
IMAZU, Takeshi	230, 232		
INFANTOZZI, Ana	114, 212		
INGENIEROS, José	439		
INZAURRALDE, Óscar	190, 200, 289, 330, 331		
IOHOM, G.	181		
IRAOLA, José	66, 295		
IRIGARAY BUSTOS, Magdalena	260		
IRIGARAY FISCHETTI, Alberto	7, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 23, 55, 76, 79, 85, 90, 92, 93, 94, 96, 103, 105, 1006, 17, 111, 112, 183, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 193, 200, 202, 203, 204, 209, 212, 214, 217, 218, 219, 220, 225, 231, 234, 236, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 250, 256, 257, 267, 271, 285, 293, 297, 298, 301, 306, 307, 309, 312, 313, 314, 316, 319, 321, 324, 329, 334, 340, 343, 353, 354, 363, 366, 367, 377, 378, 379, 380, 401, 403, 405, 406, 407, 409, 410, 428, 429, 431, 434, 453, 456, 481		
ISELIN, François	90, 201		
ISELIN-ENGEL, Marc	347, 349, 393, 427, 471		
ÍSOLA, Mario	145		
IVANISSEVICH, Oscar	51, 57, 78, 272, 286, 295, 426,		
		<b>J</b>	
JACKSON (Birmingham)	393		
JACKSON REES, Gordon	154		
JACOBSON, J. H.	228		
JOBS, Steve	358		
JOHANSSON, S.G.	181		
JONES, Sir Robert	361		
JORGE IV, rey (Inglaterra)	28, 33		
JORGE V, rey (Inglaterra)	49, 294		
JORGE, Alicia	206		
JOSEPH, Israel (rabino)	473		
JOSEPH, Jacques (nacido Jakob Lewin)	39, 43, 44, 67, 415, 416, 418, 419, 473, 474, 475, 476		
JOUFFROY, L.	181		
JOUVE, Henri	64		
JUANA de ARCO	139		
JUÑEN, Irene	112, 289, 342, 363		
JURI ÁLVAREZ, Héctor José	94, 98, 109, 266, 306, 339		
JURI, José	12, 21, 22, 70, 104, 115, 201, 208, 209, 210, 256, 257, 346, 368, 377, 379, 395, 407, 412, 414, 417, 426, 428, 429, 456, 457, 464, 466, 467		
JUSTO, Juan B.	439		
		<b>K</b>	
KAMAID, Emil	303		
KARLEN, Máximo	78, 82, 217, 387, 392, 399		
KASDORF, Helmut	156		
KATZENSTEIN, Jorge	15, 137, 158, 240		
KAZANJIAN, Varaztad	45, 49		
KEENEY, Arthur Gladstone	134, 135		
KERTESZ, Daniel	192, 276		
KILNER, Thomas Pomfret	48, 381, 393, 444, 445, 446, 447, 448, 449		
KIRK, Norman	358, 359		
KIRMISSON, Édouard Francis	330		
KLARER, J.	122		

KLEIN, J. (Dermatólogo, EUA)	425
KLEINERT, Harold E.	349
KNAIBL de PASCUAL, Paula Victoria	83
KOCH, Robert	45, 116, 120, 121
KOMATSU, Shigeo	236
KOPISCH, Friedrich	475
KURDIAN, Shunt	214
<b>L</b>	
LACALLE, Isabel	212
LAGO MEDEYROS, Fernando	303
LAMAS DELGADO, Alfonso	74, 75, 76, 148, 380
LAMAS, María	113, 206, 213
LAMBERT, M.	181
LANDSTEINER, Karl	45
LANGÓN, A. B.	150
LANIER, B.Q.	181
LANZ, Miguel	162
LARGHERO YBARZ, Pedro	93, 152, 304, 317, 318, 380, 399
LARRABURU, Raúl	336
LARREY, Dominique Jean	35, 68, 69, 73, 140, 345
LARROSA, Iris	265
LAstra	145
LATOURRETTE, Federico	242
LAVALLEJA, Elvira	143
LE FORT, Léon Clément	64
LEGRAND, Laura	114, 205, 212
LENOBLE, Julio	145
LENZI, Pablo	199
LEONARD, Juan Pedro	145
LÉPORE, Galileo	100, 113, 205, 314, 339
LEXER, Erich	21, 77, 83, 419, 425
LIEBERMAN, P.	181
LINARES, Danilo	156
LINDEMANN, Augustus	381, 444
LIONDAS, Samuel	153, 155, 158
LISTER, Joseph	45, 72, 73, 74
LITTLER, James William	349, 360
LLULL, Ramón	139
LOCKEY, R.F.	181
LODA, Guillermo	97, 105, 208, 299, 353, 395, 462

LONG, Crawford Williamson	140
LONGACRE, John	468
LÓPEZ FIGUEROA, Joaquín	459, 460
LÓPEZ GARBARINO, Julio	113, 191, 276, 289
LORENZO COUAYRAHOURCQ, Juan Carlos	218
LORENZO, Estela	289
LOSARDO, Ricardo J.	462
LOVE, Robert	444, 450
LOWENSTEIN, Kitti	206
LUCHETTI, Santos	460
LUCKETT, W. H.	418
LUKSENBURG TUB, Jaime	247
LUSSICH, Arturo	74, 75
<b>M</b>	
MACCHIAVELLO, Enrique	452
MACCIÓ, Gonzalo	113, 212, 299
MACEDO SARAIVIA, Julio César	103, 204
MACHÍN, Miguel	113, 205, 212, 240, 256, 306, 335
MACRI, Jesús	112, 205, 366
MALBEC, Ernesto	51, 377, 395, 417, 452, 453, 461, 481
MALINIAC, Jacques	475
MALINOVSKY, J.M.	181
MALLO, Oscar	264, 265
MALT, Ronald	227
MANARO, Beatriz	16, 114, 336, 366, 367, 375
MANDELL, Gerald L.	126, 131
MANDRESSI, Líber	101, 191, 192, 276, 401
MAÑÉ GARZÓN, Fernando	11, 37, 183, 341
MANSUR, califa	24
MANZANI, Jesús	113, 206, 366
MAQUIEIRA ARGENZIO, Gonzalo	332
MAQUIEIRA, Néstor	201
MARELLA MARTÍNEZ, Muzio S.	85, 212
MARÍN, Marcelo	114, 289, 366
MARINO VALLEBELLA, Héctor	51, 366, 395, 459, 460, 461, 462, 463

- MARINO, Héctor Salvador 462  
 MARINO, Salvador 460  
 MARQUINE, Rosario 265  
 MARTÍNEZ de PERÓN,  
 María Estela 459  
 MARTÍNEZ DE VECCHI,  
 Sergio Agustín 16  
 MARTÍNEZ, Alejo 75  
 MARTIRENA, Adriana 114, 214, 306  
 MARTIRENÉ, José René 330  
 MARX, Martín 154  
 MASDEU, Fernanda 114, 214  
 MASLÍAH, Roberto 281, 283  
 MATHER, John 135  
 MATHOV, Enrique 160  
 MATTIAUDA, Luis 184, 382  
 MAYOL, Alfredo 212  
 MAZZA, Norma 265  
 Mc DOWELL, Frank 92  
 Mc GEE, James 359  
 MC INDOE, Mabel 449  
 MC INDOE, Sir Archibald 48, 49, 393, 444,  
 445, 450, 469  
 MEERHOFF, Enrique 265  
 MENES (rey de Egipto) 169  
 MERCATINI FABRIS,  
 Hugo Armando 113  
 MÉROLA, Lorenzo 399  
 MERTES, P. M. 181  
 MESA, Carlos 460  
 MIETZSCH, F. 122  
 MILLARD, Ralph 394, 467  
 MILLESI, Hanno 104, 243  
 MIRA BLANCO, Carlos 210, 247, 395  
 MOLINA, Edith 200  
 MÖLLER LEAL, Germán 84, 85, 86, 87,  
 93, 94, 99, 100,  
 101, 105, 108,  
 109, 111, 114,  
 189, 190, 191,  
 192, 200, 209,  
 217, 218, 222,  
 276, 311, 319,  
 332, 340, 364,  
 365, 369, 379,  
 380, 385, 391,  
 400, 401, 402,  
 410, 426  
 MÖLLER, Luis María 192  
 MONDEVILLE, Enrico di 26  
 MONDINO, Luis Pedro 74, 75  
 MONSERRAT, Cristina 438  
 MONTALDO, Ana 265  
 MONTERO, Eustaquio 206, 207  
 MONTES DE OCA,  
 Manuel Augusto 466
- MORALES LOULO,  
 Silvia Verónica 299, 339  
 MORAN, Lord  
 (Dr. Charles  
 Mc Moran Wilson) 135, 136  
 MOREAU de JUSTO,  
 Alicia 439  
 MOREL FATIO, Daniel 90, 394  
 MORELLI, Juan B. 75  
 MORESTIN, Hippolyte 39, 40, 41, 42,  
 43, 45, 47, 57, 66,  
 82, 381, 444  
 MORQUIO BÉLINZON,  
 Luis 330  
 MORTON,  
 William Thomas Green 44, 142, 143  
 MOTTURA, Aldo 210  
 MOWLEN, Rainsford 48, 49, 393, 394,  
 452  
 MUNYO, Juan Carlos 342  
 MURPHY, John Benjamin 227  
 MUSSIO FOURNIER,  
 Juan César 274  
 MUSTARDÉ, John Clarke 189, 237, 264,  
 394, 418, 454,  
 455, 456, 457,  
 458, (478)  
 MUSSIO, Alfredo 83, 306
- N**
- NACIBA 394  
 NAGEL, Zoltan 475  
 NARAKAS,  
 Algimantas Otanis 104, 203, 210,  
 236, 243, 246,  
 349  
 NASSIF, Tomaz 242  
 NAVARRO BENÍTEZ,  
 Alfredo Mónico 74, 75, 76, 150,  
 352, 380  
 NAVARRO LUSSICH,  
 Alfredo 389  
 NEGRÍN, Anabella 319  
 NEGRÍN, Graciela 319  
 NEGRÍN, Guido Héctor 93, 218, 304,  
 305, 314, 316,  
 317, 318  
 NEGRÍN, Hugo 319  
 NEGRO, Ramón Carlos 159, 163  
 NEGROTTO VÁZQUEZ,  
 Allys Rosina 98, 103, 265,  
 307, 339  
 NÉLATON, Auguste 64  
 NEMSEFF, Néstor 212  
 NEUMANN RITTER VON HÉTHÁRS,  
 Heinrich 87

NEWMAYER, W. I.	361	PARACELSO	
NIETO, Carmen	206	(Theophrastus Phillippus	
NIETO, Manuel Benito	148	Aureolus Bombastus von	115, 139
NIETZSCHE, Friedrich	413	PARÉ, Ambrose	34
NIKLISON, Jorge	452, 454	PARIHAR, R.	24
NIN y SILVA, Julio	66	PARODI BERNARDI,	
NOËL, Suzanne	45, 50, 83, 419	Jorge	337
NOSENZO (Argentina)	395	PARODI, Domingo	145
NOVOA GREGORIO,		PASSOT, Raymond	39, 40, 41
José Ernesto	265	PASTEUR, Louis	45, 116, 195
NUFFIELD, Lord	448	PATARO, Vicente	460
NYLÈN, Carl-Olof	227	PATERNÓ, Francisco	301
		PATOCCHI DENEGRI,	
		Willy	86, 333
<b>O</b>		PAZ, María	205
ODICCINI, Bartolomé	147	PAZ, Verónica	114, 212
OHACO,		PEDEMONTE,	
Alberto Bernardino	452	Pedro Victor	51, 77, 78, 81,
OHMORI, Kitaro	229, 256, 257,		89, 100, 254,
	268		272, 273, 275,
OHMORI, Seichii	229, 231		276, 277, 281,
OJEDA CASTAÑEDA,			282, 283, 286,
Francisco Xavier	394		288, 295, 296,
OLAZÁBAL, Alberto	200		297, 342, 352,
OLAZAR, Francisco	452		354, 363, 364,
OLLIER, Louis Xavier			385, 386, 388,
Édouard Léopold	36, 39		401, 426, 459,
OMBRÉDANNÉ, Louis	149, 150		481
ORIBE y VIANA,		PEET, Eric W.	448, 455
Manuel Ceferino	194, 195	PEIXOTO, Gerardo	208
ORMAECHEA, Carlos	399	PERA ERRO, Enrique	92, 93, 190, 323,
ORMAECHEA, León	190		426
ORTIZ MONASTERIO,		PERCIAVALE, Alberto	266
Fernando	265, 394	PERDOMO, Roberto	241
ORTIZ, Roberto	113, 205, 212,	PÉREZ CHIRIBAO,	
	240, 247, 256,	Norberto Dante	363
	306, 354	PÉREZ FONTANA,	
OTTOLENGHI, Carlos E.	464	Velarde	398, 399
		PERI PERTUSSO, Homero	155
<b>P</b>		PERI VIDAL, Daysi	15, 93, 102, 113,
PACHECO GONZÁLEZ,			304, 314
Melchor	337	PERILLO, Walter	242
PACINI, Filippo	346	PERNIN, Alfredo	148, 151, 153,
PACKARD, David	358		154, 155, 156,
PACKER, Hannah (Ana)	61		158
PADGETT, Earl Calvin	441	PETTIT, Juana	265
PÁEZ VILARÓ, Miguel	203, 239	PETRAGLIA, Ruth	156
PAGANO, Mario	306	PFANNESTIEL,	
PALACIO del VAL, Martín	190, 205, 220,	Hermann Johannes	409
	222, 223, 304,	PHALEN, George S.	360
	312, 323, 379,	PIETRA, Raúl	342
	426	PIETROPINTO, Javier	83, 190, 319,
PALACIO, Carlos	113, 192, 206,		385
	212, 213, 240	PIÑEIRO SORONDO,	
PALACIO, Inés	16, 113, 306,	Julio	460
	336, 339	PÍRIZ, Ángel	112, 113, 205
PALMA, Eduardo C.	18, 56, 150, 151		
PANAS, Photinos	64		
PANDOLFO, Cristina	240, 313		



- PIROVANO, Ignacio 439  
 PITANGUY, Ivo Helcio  
   Jardim de Campos 101, 111, 201,  
   256, 365, 368,  
   390, 395, 418,  
   419, 426, 427,  
   428, 429, 468,  
   469, 470, 471,  
   472, 473
- PIZARRO CRESPO,  
   Emilio 439  
 POCHINTESTA,  
   Armando 363, 364  
 PORTA, Gastón 106, 205, 222,  
   379, 426
- POUEY, Enrique 149  
 POZZI, Adolfo 302  
 POZZI, Samuel 41, 43  
 PRADERI, Raúl C. 71  
 PRAT, Domingo 66  
 PRATT, Donald R. 360  
 PRIARIO CESCHI,  
   Julio C. 206, 212  
 PUENTES de OYENARD,  
   Sylvia 15  
 PUGNALIN, José 71, 73, 74  
 PUIG, Ana 101, 191, 276,  
   289
- PURRIEL ORCOYEN,  
   Pablo 154, 197, 287,  
   310  
 PUTTI, Vittorio 66, 438
- Q**
- QUAIFE, Jorge 454  
 QUINTAVANI, Marta 289  
 QUINTELA CASSAGNE,  
   Manuel 67, 183
- R**
- RAISTRICK, Harold 127, 130  
 RAMÍREZ, Marisabel 15, 95, 111, 276,  
   330, 333, 335,  
   336  
 RAMOS, Jackeline 113, 191  
 RAMOS, Patricio 145, 146, 147  
 RAVENNA, Walter 197, 199  
 RAVERA de BENGOCHEA,  
   Diva 153  
 RAYAN, G. 361  
 RAYNAUD,  
   Auguste Maurice 347  
 REAL de AZÚA, Mario 299  
 RECALDE AMMIRI,  
   Juan Francisco 395  
 RECINE, Luis 153
- REGNIER-KIMMOUN,  
   M.A. 181  
 REGULES, Gilberto 44, 67  
 REMBRANDT  
   (Rembrandt Harmenszoon  
   van Rijn) 345  
 REMEDI, María Elena 199  
 RETHI, Emil 416  
 REVERDIN, Jacques-Louis 36, 39, 72  
 RICALDONI SAROLDI,  
   Américo 183  
 RICCITELLI, Juan 452  
 RICHET, Alfred 60  
 RING, J. 181  
 RÍOS BRUNO, Guaymirán 35, 69, 345, 482  
 RÍOS, Juan José 156  
 RIUS, Mario 82, 342  
 RIVA, Juan 155  
 RIVAS, Pedro 145  
 RIVERO, Ana 206  
 RIZZI CASTRO, Milton 67, 83  
 ROBERTS, "Bobs" 381, 444  
 ROBLES, José 210  
 RODRÍGUEZ BENTANCUR,  
   Nelly 240  
 RODRÍGUEZ JUANOTENA,  
   Jorge 255  
 RODRÍGUEZ MORENO,  
   Jorge 191  
 RODRÍGUEZ, Juan Carlos 242  
 ROE, John Orlando 416, 473, 475  
 ROGERS, Gary 264  
 ROJAS, Raquel 212  
 ROLDÁN, Alberto 150  
 ROMERO-Y-HUESCA, A. 27  
 RONCAGLIOLO, Aldo 94, 104, 190,  
   191, 198, 200,  
   203, 204, 208,  
   221, 240, 245,  
   256, 298, 299,  
   366, 368, 369  
 RONCO, Próspero 452  
 ROOSEVELT,  
   Franklin Delano 359  
 ROSSI, Domingo 203, 247  
 RUBIO RUBIO, Roberto 196  
 RUDASEVSKY, José 153  
 RUIZ LIARD, Alfredo 90
- S**
- SAINZ, Manuel José de 293  
 SALA LÓPEZ, Jaime 82, 83, 242, 342,  
   363  
 SALGADO MOREIRA,  
   Moisés Perfecto 113, 205, 212  
 SALSAMENDI, María Julia 154, 155

SALVAGGIO, Santos	125, 129, 130	STEVENS, W.J.	181
SÁNCHEZ PUÑALES, Soledad	482	SUÁREZ GALLEGO, Hamlet	265
SÁNCHEZ, Julio	212	SUÁREZ MELÉNDEZ, José	78, 82, 200, 217, 386, 392, 400
SÁNCHEZ, Norma I.	459	SUÁREZ, E. L.	228
SANDE, Merle A.	126, 131	SUÁREZ, Juan Carlos	265
SANS, Mónica	265	SUÁREZ, Raúl	153, 154, 155
SANTORO, Alberto	342	SUDECK, Paul	347
SANTULO, Néstor	206	SUETA, A.	181
SAPRIZA VIDAL, Carlos	153	SURRACO CANTERA, Carlos A.	274
SARAT, S.	24	SUSHRUTA	24, 26, 29, 30, 138
SARAVIA, Aparicio	71, 73, 74, 75, 76	SZAFER, Bernardo	289
SARLO ONETO, Mario	190, 426		
SARRABAYROUSE, Manuel	210	<b>T</b>	
SBÁRBARO, Orestes	332	TAFALLA, Manuel	395
SCANIELLO, Varinia	114, 214	TAGLIACOZZI, Gaspare	5, 27, 28, 32, 33, 34, 398, 415
SCARRONE, Mario	318	TAIBO CANALE, Walter	332, 333, 401
SCASSO, Juan Carlos	151, 154, 155	TAJIMA, K.	181
SCHAUDINN, Fritz	116, 121	TÁLICE, Rodolfo V.	133
SCHILLER, Friedrich	414	TAMAI, Susumo	227, 229, 238, 245, 246, 267, 395
SCHLETTNER, Federico	153	TENAN, Juan	145
SCHREIBER, Fernando	77, 83, 86, 425, 426	TERREEHORST, I.	181
SCHUCHARDT, Karl	264	TESSIER, Paul	107, 263, 264, 265, 455
SCHWARTZMANN, Marcos	156	THIERSCH, Karl	36, 39
SÉBILEAU, Pierre	40, 41	TOM, Ch.	127
SEISHU, Hanaoka	140	TOMÁS de AQUINO, santo	413
SEOANE, Hyalmar	265, 268, 314	TONG, Darryl	444, 450
SEOANE, Javier	114	TORRES GARCÍA, Joaquín	310
SERTÜRNER, Friedrich	139	TORRES POSSE, Alejandro	460
SILVA, Alba	289	TRÍAS, Andrés	209
SILVA, Amparo	236	TRICOTTI, Rodolfo	200
SILVA, Marisa	112, 200, 205	TROTTA, Practicante	75
SKOOG, Tord	92, 418, 481	TURCO, Néstor	461
SMITH, Edwin	23	TURNES, Antonio L.	14, 16, 20, 23, 33, 35, 37, 47, 48, 55, 56, 58, 69, 72, 78, 79, 80, 82, 89, 115, 116, 183, 184, 187, 193, 196, 277, 283, 285, 293, 309, 321, 325, 327, 329, 331, 341, 343, 366, 378, 379,
SMITH-PETERSEN, Marius	357		
SNOW, John	143		
SOLARÍ DAMONTE, Alfredo José	324		
SORRENTÍ PÉREZ, Natalia	114		
SOTO-GONZÁLEZ, J.	27		
SOTO-MIRANDA, M.A.	27		
SPADA, Salvador	73		
SPERA, Norberto	454		
SPERGEL, J.M.	181		
SPIELMAN, Cornelio	70, 147		
SPIRA, Melvin	209		
STAFFIERI, David	439		
STAJANO, Carlos Vicente	77, 83, 86, 217, 386, 388, 392, 399, 426		
STEINLER, A.	283		

- 380, 382, 385,  
387, 392, 403,  
437, 459, 482
- U**
- UGARTE ARTOLA, Raúl 81, 307  
UNGARETTI, Rodolfo 452  
URZÚA CASAS-CORDERO,  
Rafael 51
- V**
- VALLEBELLA, María Luisa 460  
VALLS JIMÉNEZ de ARÉCHAGA,  
Alberto 387, 389  
VANERIO, Juan 13, 15, 94, 100,  
105, 109, 114,  
191, 192, 276,  
277, 289, 290,  
306, 340, 353,  
354, 401  
VARELA SOTO, Ruben 81, 352, 353,  
399  
VASCONEZ, Luis O. 108  
VÁZQUEZ BARBÉ,  
Alejandro 90, 91, 200, 229,  
231, 291, 304,  
424, 482  
VÁZQUEZ ROLFI,  
Domingo 77, 271, 286, 287  
VÁZQUEZ, Rodolfo 289  
VEAU, Victor 42, 57, 66, 82, 87,  
341, 342  
VEGA, Dardo 148, 156, 158  
VELASCO, Raúl 461  
VÉLEZ DÍAZ de CANSECO,  
José 51  
VELPEAU, Alfred Armand 140  
VENABLE, John 140  
VENTÓS, Alejandra 113  
VENTÓS, Álvaro 16, 113  
VENTÓS, Héctor 85, 102, 200,  
206, 289, 365,  
426  
VENTURINO, Adriana 205, 212  
VEPPO, Andrés 460  
VERDAN, Claude 349  
VERGES IRISARRI, Jorge 87, 93, 190, 218,  
366  
VERNEUIL,  
Aristide Auguste S. 60  
VIANEO de MAIDA 26  
VIDAL BERETERVIDE,  
Kempis 155  
VILLAGRÁN, Raúl 103, 200, 231,  
264, 265, 267,  
289, 323
- VILLALBA, Samuel 197  
VILLAR, Augusto 113, 191, 206,  
VISCA PELUFFO, Pedro 43, 329, 330,  
331, 333, 334,  
386, 388
- VISCHI de BARRAGÁN,  
Ana 289  
VOLKER, Hannes 242  
VOLKMANN, Richard von 394  
Von EIKEN, Carl Otto 341  
Von GRÁFE,  
Karl Ferdinand 34, 345
- W**
- WALLACE, A. B. 393  
WALLER, Augustus Volney 346  
WALTER, Claus 23  
WARDILL,  
William Edward Mandall 448  
WARREN, John Collins 142  
WATERS, Ralph 151, 152  
WEBER, Ernst Heinrich 346  
WEIR, Robert F. 475  
WELLS, Horace 142, 143  
WETTSTEIN, Juana 16, 332  
WILSON CASTRO,  
Eduardo 64, 482  
WOLFE, John Reissberg 36  
WOLFF, Julius 473  
WOLFF, René 113, 191  
WOOD, Alexander 139  
WOOLMER, Randolph 153  
WORNICOW, Vera 156  
WOZNIAK, Angélica 64  
WOZNIAK, Steve 358  
YANNICELLI PRADERI,  
Ricardo Baltasar 332, 333  
ZAITER, Cristina 209  
ZANCOLLI,  
Eduardo Alfredo 22, 350, 462,  
463, 464  
ZAVALETA, Diego 461  
ZENO, Artemio 438  
ZENO, Lelio Miguel 439  
ZENO, Lelio Olchese 51, 57, 81, 295,  
381, 437, 438,  
439, 440, 453,  
461, 466  
ZISS, E. 346  
ZUNINO, María Cristina 113, 205



## ÍNDICE

Introducción .....	9
Preámbulo .....	13
Agradecimientos .....	15
<b>CAPÍTULO 1</b> ¿Qué entendemos por cirugía plástica? .....	17
<b>CAPÍTULO 2</b> Orígenes de la cirugía plástica .....	23
<b>CAPÍTULO 3</b> Historia de la cirugía plástica en Uruguay .....	55
<b>CAPÍTULO 4</b> Breve historia de los antibióticos .....	115
<b>CAPÍTULO 5</b> Apuntes sobre historia de la anestesiología en el Uruguay .....	137
<b>CAPÍTULO 6</b> Una mirada a la alergia. Su presencia en el ámbito anestésico quirúrgico experiencia personal. ....	159
<b>CAPÍTULO 7</b> Instituto Nacional del Cáncer. Primer servicio de cirugía plástica del Uruguay. ....	183
<b>CAPÍTULO 8</b> Hospital Pasteur .....	193

<b>CAPÍTULO 9</b>	Historia de la microcirugía nerviosa y vascular reparadora. . . . .	225
<b>CAPÍTULO 10</b>	Cirugía cráneo facial en Uruguay . . . . .	263
<b>CAPÍTULO 11</b>	Cirugía plástica en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología (INOT) . . . . .	271
<b>CAPÍTULO 12</b>	Cirugía plástica en el Banco de Seguros del Estado, Central de Servicios Médicos. . . . .	285
<b>CAPÍTULO 13</b>	Hospital Británico . . . . .	293
<b>CAPÍTULO 14</b>	Cirugía plástica en Médica Uruguay (MUCAM) . . . . .	301
<b>CAPÍTULO 15</b>	Cirugía plástica en otras instituciones . . . . .	309
<b>CAPÍTULO 16</b>	Centro Nacional de Quemados (CENAQUE). . . . .	321
<b>CAPÍTULO 17</b>	La cirugía plástica en niños. . . . .	329
<b>CAPÍTULO 18</b>	Cirugía de la mano . . . . .	343
<b>CAPÍTULO 19</b>	Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay. . . . .	363
<b>CAPÍTULO 20</b>	Maestros de la cirugía plástica, reconstructiva y estética del Uruguay . . . . .	377
<b>CAPÍTULO 21</b>	Historia de la cirugía estética . . . . .	403
<b>CAPÍTULO 22</b>	Cómo elegir cirujano plástico. . . . .	431
<b>CAPÍTULO 23</b>	Algunos referentes de los cirujanos plásticos, reparadores y estéticos uruguayos. . . . .	437
	Epílogo . . . . .	477
	Referencias bibliográficas. . . . .	481
	Índice onomástico. . . . .	483



**Antonio L. Turnes.** Médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (1975). Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina (2010). Fue Secretario Ejecutivo de la Confederación Médica Panamericana (1964- 1971). Secretario del Coordinador Técnico del Ministerio de Salud Pública (1966-1967). Vinculado al Sindicato Médico del Uruguay desde 1964 hasta 1976. Administrador General de dicha institución desde 1985 a 2005. Miembro de la Sociedad de Especialistas en Salud Pública (actualmente de Salud Colectiva, SUSAC) y del Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud (CUDASS). Miembro y expresidente de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Autor y coautor de más de veinte libros sobre temas de Historia de la Medicina. Recibió premios de la World Sephardi Federation (2005) y el Jerusalem (2011).

¿Qué impulsa al ser humano a buscar Belleza? ¿Cuál es el límite o la proyección? ¿Cuánto influyen el espejo, nuestra mirada o la recepción? ¿Arquetipo o moderna concepción? ¿Warhol o Caravaggio? ¿Arte o reparación?

La belleza, muchas veces confundida con lo bueno o lo virtuoso, ha sido causa de guerras y absoluciones, pero la evolución del concepto, que nace con el ser del hombre, da margen a un aporte que diferencia al paciente que solo busca ideales estéticos del que desea disimular imperfecciones.

Dos médicos humanistas, un diestro cirujano y un agudo investigador, confluyen en un libro ameno, bien documentado con ejemplos y anécdotas que transitan humor y conocimiento evitando la aridez del lenguaje científico. Así nos acercamos a aquella pequeña Sala 11 del Hospital Pasteur donde comenzó un viaje que no termina y al que se fueron agregando pasajeros y destinos.

La obra de los Dres. Alberto Irigaray y Antonio Turnes es un aporte que honra nombres y trayectorias, esfuerzos, voluntades y desvelos, define caminos y se convierte en piedra angular para futuras investigaciones académicas.

Su lectura confirmará que el motivo principal de la especialidad es el logro de la armonía exterior que nace de la convicción personal que da la autoestima de ser y parecer.

Sylvia Puentes de Oyenard

