

giendo con un gatillo el extremo saliente del objeto, le hago describir un semicírculo cambiando completamente su dirección y conduciendo el gancho hacia adelante; entonces, en vez de tirar, no he de hacer más que empujar para hacerle salir.

ARTÍCULO VI

DE LAS CICATRICES VICIOSAS

Formada la cicatriz por la exudación y organización de la linfa plástica en las superficies de las heridas, aparece al principio bajo el aspecto de una película delgada, rojiza, que se rompe fácilmente y goza ya de una fuerza de retracción tal, que tirando más ó menos de los bordes de la herida hacia el centro, resulta constantemente menos extensa que la pérdida de sustancia que está destinada á reparar. Durante muchas semanas, meses, y aun mucho más tiempo, adelanta en su organización, y, condensándose progresivamente, se contrae cada vez más; de manera que tira de la piel en diversos sentidos y forma bridas irregulares incómodas é inextensibles, retracción consecutiva que adelanta sin cesar hasta que la cicatriz resulta blanca y sólida, es decir, hasta que es completa su organización. Entonces debajo de una fina capa epidérmica se ve la cicatriz formada por un tejido denso, compuesto de láminas fibrosas entrecruzadas en todos sentidos: esto es lo que se ha denominado *tejido cicatricial* (Dupuytren), y *tejido inodular* (Delpech). La cicatriz se adhiere muy íntimamente á los tejidos subyacentes y la inflamación la destruye con extraordinaria rapidez; de aquí el precepto importante de evitar incisiones en las cicatrices ó cerca de ellas, fuera de los casos de absoluta necesidad.

Las deformidades por causa de cicatriz que reclaman el empleo de instrumentos están comprendidas en los cinco capítulos siguientes:

- 1.º Cicatrices prominentes;
- 2.º Tumores de las cicatrices;
- 3.º Cicatrices demasiado estrechas;
- 4.º Adherencias;
- 5.º Obliteraciones anormales.

I.— De las cicatrices prominentes

Si la cicatriz es muy fina, se destruye con aplicaciones repetidas de nitrato de plata. Si es más resistente, se introduce de plano,

debajo de su parte media, un bisturí delgado, que se desliza, rasando la piel, hacia cada uno de los extremos, á fin de separar completamente toda la parte que sobresalga del nivel ordinario; se aplica después una curación simple, procurando tocar con el nitrato de plata la cicatriz naciente para impedir su excesiva prominencia.

II.— Tumores de las cicatrices

No es raro ver que se desarrollan en las cicatrices tumores generalmente duros y como fibrosos, á veces fungosos, que dan sangre fácilmente, y pueden llegar á ser muy voluminosos, teniendo sobre todo mucha tendencia á recidivar. Se combaten por los mismos medios que los demás tumores. Malgaigne ha visto uno del volumen de una naranja situado en el antebrazo, que, por las muchas veces que había recidivado, el enfermo se resignaba á dejarse amputar el miembro. Antes de recurrir á medio tan extremo, quiso intentar de nuevo la extirpación, pero cubriendo luego la herida resultante con los tegumentos vecinos; el resultado fué que una parte del colgajo se gangrenó, pero la restante adhirióse de tal modo, que muchos meses después no se notaba señal alguna de recidiva.

III.— De las cicatrices demasiado estrechas ó bridas

Se comprenden con esta denominación cicatrices que aproximan partes demasiado separadas para que puedan unirse entre sí; por ejemplo, cuando inclinan la cabeza sobre el hombro, éste sobre la cadera, ó fijan los miembros en flexión ó extensión, etc.

Se conocen dos grandes métodos para remediar estos casos: consiste uno de ellos en separar toda la cicatriz, reparando luego la pérdida de sustancia por la autoplastia ó la coaptación de los labios de la herida resultante, y el otro conserva y tiende á prolongar la cicatriz misma.

Procedimiento por extensión.—En uno ó más puntos de la superficie de la herida, se practican incisiones que la dividen transversalmente y en toda su amplitud y grosor; hecho esto, se colocan las partes en una dirección opuesta á la que les daba la cicatriz, y se mantienen así, ya por la posición simplemente ó por medio de vendajes ó aparatos más complicados. Cuando se trata de regiones

de fácil manejo por lo extensibles, podemos colocarlas desde luego en la posición que deberán guardar mientras dure el tratamiento; por el contrario, cuando sean rígidas é inflexibles, esta maniobra brusca podría producir no sólo dolores atroces, sino una violenta inflamación y hasta la gangrena. Será, pues, mejor proceder gradual y lentamente, y aun en vez de férulas inflexibles, recurrir á resortes elásticos que tienen la ventaja de obrar de un modo suave y continuo á la vez.

Las heridas se curan simplemente, y todo debemos hacerlo para alcanzar su cicatrización. En caso de que se formen nuevas bridas, lo cual no es raro, debemos cortarlas sin demora; precepto de grande importancia, porque por sí sólo asegura el éxito de la operación.

Si bien este procedimiento ha dado buenos resultados en circunstancias excepcionales, es preciso reconocer, no obstante, que las más veces sale frustrado y ordinariamente da lugar á la recidiva.

Procedimiento por escisión.—Consiste en escindir la cicatriz en su totalidad ó al menos la parte que forma la brida, procurando llenar esta pérdida de sustancia por la coaptación y sutura de los labios de la herida. Se comprende que este procedimiento es solamente aplicable á las bridas de poca amplitud. Dos veces he logrado curar así retracciones de los dedos; la primera vez se trataba de una niña, y la segunda de un ingeniero de minas que había sufrido quemaduras en una explosión minera. Después de la operación debe enderezarse el dedo manteniéndolo así algunas semanas, porque la retracción tiende á reproducirse hasta que la nueva cicatriz ha adquirido cierta solidez. Si la superficie cruenta resultante de la escisión es algo extensa debe recurrirse á la autoplastia, única manera de evitar la recidiva.

La autoplastia por bridas cicatriciales la han aplicado al tratamiento del ectropión Græfe, Dieffenbach y Junken; Jobert de Lamballe la aplicó en 1840 al de las cicatrices extensas, cuyo ejemplo ha tenido después frecuentes imitadores. He sido el primero que para llenar la herida resultante de la operación de un ectropión ha empleado pedacitos de dermis tomados de un punto cualquiera del cuerpo y completamente desprendidos (véase *Heteroplastia, Ectropión*). El ingerto epidérmico de Reverdin sería insuficiente, porque no da más que tejido inodular y por consiguiente retráctil. Cuando la superficie que debe cubrirse es extensa, el único medio aplicable es la autoplastia ordinaria indicada por Jobert.

IV.—Adherencias anormales

Tales son las cicatrices que unen los dedos entre sí, el pene al escroto ó al abdomen, el brazo al tronco, etc.

Siempre que al dividir los tejidos nos propongamos impedir su reunión, haya ó no cicatriz preexistente, como que las superficies supurantes tienden á aproximarse, gracias á la retracción de la membrana inodular común que las cubre, es preciso romper la continuidad de esta membrana y hacer de manera que la cicatriz de cada una de las superficies se forme con independencia de la otra y se concluya aisladamente; para lo cual, desde el momento que la supuración queda establecida, dividiremos muy á menudo, cada veinticuatro horas á lo menos, el ángulo de unión de las dos superficies por donde la membrana inodular de un lado se uniría con la del opuesto.

Esta precaución es sobre todo necesaria en las comisuras de los dedos. Si la reunión se ha efectuado ó se trata de reuniones anormales congénitas, podemos corregir este defecto por tres procedimientos.

1.º *Procedimiento antiguo.*—Se dividen las adherencias hasta más allá de su punto de origen y las superficies cruentas resultantes se curan simplemente. Si dejáramos las cosas de este modo, la cicatriz que se inicia por el ángulo de unión de las heridas resultantes, á medida que se extendiese y consiguientemente se retrajera, reproduciría una adherencia análoga á la primera. Para evitarlo, se ha aconsejado ejercer sobre este ángulo una compresión metódica y continua, que se oponga á la extensión de la cicatriz.

Las repetidas secciones del ángulo de unión, tales como las practica Amussat y hemos descrito en el párrafo anterior, son en todo caso más eficaces que esta compresión, cuyos efectos son casi siempre ilusorios; pero el medio preferible consiste en ingerir en este ángulo un pequeño colgajo dérmico.

2.º *Procedimiento de Rudtorffer.*—Consiste en practicar por medio del trócar un agujero en la piel, en el punto preciso en que empieza, en estado normal, la separación de las partes; por ejemplo, en la base de los dedos, si se trata de corregir su adherencia. Por este agujero se hace pasar un hilo de plomo, que se deja hasta que la cicatrización es completa; entonces se retira, se concluye la división de las bridas, y se aplica una cura ordinaria.

3.º *Procedimiento autoplástico.*—Después de haber destruído las adherencias en toda su extensión, se disecciona un poco la piel á derecha é izquierda, ó solamente de un lado, con objeto de poder reunir por primera intención. Dieffenbach ha restablecido de este modo un prepucio y Malgaigne ha operado asimismo, con buen éxito, la adherencia de los dedos.

V.—Obliteraciones anormales

Comprenderemos á la vez con este nombre la obliteración completa y la simple estrechez de las aberturas naturales, como son: la vulva, la boca, etc. Los procedimientos que para corregir estos defectos se han propuesto son muchos.

1.º *La dilatación.*—Puede hacerse por medios mecánicos, como son: candelillas, planchas metálicas, esponja preparada, etc.

2.º *La incisión.*—Lo mismo si hemos de perforar una abertura obliterada que dilatar una demasiado estrecha, siempre nos serviremos, según lo que cada caso requiera, del bisturí solo ó guiado por la sonda acanalada, de las tijeras obtusas, ó del trócar. Cuando hayamos dado á la abertura sus dimensiones normales, introduciremos por ella mechas ó tubos de marfil confeccionados expresamente, cuyo calibre sea mayor que el diámetro de la abertura natural, mecha ó tubo que deberá dejarse colocado hasta que sea completa la cicatrización, y aun mucho tiempo después, á causa de la extraordinaria tendencia que tienen esta clase de orificios á estrecharse desde el momento que se quita el cuerpo dilatador.

3.º *El procedimiento de Boyer*, quien, hecha la incisión, comprimía los dos extremos del orificio por medio de dos ganchos que tiraban en sentido opuesto. Este procedimiento no es otro que el que ordinariamente se practica para las adherencias, y su autor ha alcanzado con él buen resultado en un caso de obliteración incompleta de la boca.

4.º *El procedimiento de Rudtorffer*, que en este caso exigiría dos agujeros, uno en cada comisura.

5.º *El procedimiento autoplástico de Dieffenbach*, que consiste en separar una lengüeta de tejidos, cuyas dimensiones sean las que deba tener el orificio, y que comprenda los tegumentos y tejidos subyacentes, excepto la mucosa, que quedará intacta; se incide

después ésta de manera que resulten de ella dos colgajos, los cuales, invertidos por cada lado de la herida, deben reunirse por sutura á la piel exterior. Este procedimiento será descrito con más detalles en el artículo *Estrechez de la boca*.

Apreciación.—Para las aberturas pequeñas, como son: las de la nariz y conducto auditivo, bastará la dilatación simple ó combinada con la incisión. Para las de mayor diámetro, el procedimiento de Dieffenbach es indudablemente el mejor.

ARTÍCULO VII

DE LA AUTOPLASTIA

El principio sobre el cual descansa esta importante sección de las operaciones quirúrgicas, es la posibilidad de reunir porciones de tejidos transportadas de una región á otra en el mismo sujeto. Unas veces se toma el colgajo de los alrededores de la pérdida de sustancia, y otras de un punto lejano; de esto se desprenden dos grandes métodos, de los cuales el primero se subdivide en otros dos, según que la base del colgajo se deje ancha ó quede un simple pedículo. La base ancha pertenece al *método antiguo ó método de Celso*; el pedículo al *método indiano*; la autoplastia á distancia lleva el nombre de *método de Tagliacozzi ó método italiano*.

Roux ha combinado el método italiano con el indiano. Para remediar una pérdida de sustancia del ala de la nariz y parte superior de la mejilla, tomó un colgajo del labio inferior y lo ingertó primero en el superior, y más tarde, cuando sus adherencias fueron bastante fuertes, lo desprendió de nuevo para llevarlo al punto conveniente. Es, sin embargo, muy raro que nos veamos obligados á recurrir á semejante medio.

I. *MÉTODO DE CELSO.*—Como llevamos ya dicho, este método tiene por objeto reparar la pérdida de sustancia con la piel próxima, unas veces diseccionada y estirada solamente, y otras desprendida en colgajo; pero en este último caso se deja á éste una base muy ancha.

Se practica por diferentes procedimientos, que se han denominado *procedimientos por deslizamiento, por tracción y por inclinación del colgajo*.

1.º *Procedimientos por deslizamiento.*—Son particularmente útiles, cuando la pérdida de sustancia que se ha de reparar es poca.