

Gensoul, en un caso análogo, escindió la porción necesaria del centro del subtabique.

Procedimiento de Phillips.—Empieza, este cirujano, por colocar dos pequeñas hojas de cartón á los lados de las alas de la nariz, y atraviesa la base de este órgano pasando por detrás de las alas un grueso alfiler, que se apoya en las placas de cartón. A medida que se tira de este alfiler, sobresale más la punta de la nariz, y se aproximan sus alas al mismo tiempo que los bordes separados del labio superior, con lo cual queda constituido un punto de apoyo que impide las tracciones de los colgajos. Un hilo encerado colocado en 8 de guarismo sobre los dos extremos del alfiler, opone firme resistencia á la retracción de las alas de la nariz.

Malgaigne diferentes veces ha hecho aplicación de este procedimiento con el mejor resultado; sólo que, como los hilos que pasan por debajo de la nariz dividirían muy pronto las partes que rodean, los ha suprimido, y para mantener aproximadas las dos alas, se limita á doblar los dos extremos del alfiler sobre dos taponcitos de corcho que éste atraviesa. También le ha parecido útil en ciertos casos desprender de los huesos no solamente los labios y la mejilla, sí que también las alas de la nariz como en su procedimiento destinado á levantar este órgano.

Apreciación.—Debemos fijar la atención predilectamente en los procedimientos aplicables á la curación del labio leporino complicado. Desde luego podemos prescindir del procedimiento de Desault, pues que, á pesar de las dos observaciones de este cirujano publicadas por Chorin y Agasse, no puedo conceder eficacia alguna á la compresión. Este proceder podrá dar resultado cuando el tubérculo esté sostenido por un delgado cartílago, caso que es muy excepcional, pues casi siempre está en directa continuidad con el vómer, y en estos casos la compresión sería completamente inútil, ya que apenas se alcanza algo desplegando mucha fuerza.

Esta misma dificultad es la que hace las más de las veces inaplicable el procedimiento de Gensoul. Por lo demás, poseemos sobre el particular pocas observaciones. En el caso de Gensoul, el hueso maxilar estaba aún movable al cabo de un mes.

Marjolin en dos casos distintos no logró más que resultados incompletos, é igualmente Huguier sólo en dos casos obtuvo un resultado satisfactorio. En un caso de Butcher, la hoja que sostenía al tubérculo era delgada, y en cambio á Broca le ha sido siempre imposible fracturar el vómer por este medio. Este procedimiento, aparte de que raras veces será aplicable, es de los más peligrosos, porque el vómer podría fracturarse en su base, en la lámina cri-

bosa, y por consiguiente una violencia considerable podría ocasionar la fractura de una parte de la base del cráneo.

El procedimiento de Blandin es también acreedor á muchas objeciones. Desde luego ofrece grandes dificultades el pasar las ramas de las cizallas ó de las tijeras por la hendidura intermaxilar; además, se corre el peligro de provocar hemorragias que á veces han llegado á ser extraordinariamente graves. Broca temió perder un enfermo y tuvo que extirpar el tubérculo; Richet ha perdido tres enfermos por hemorragia. Para evitar este peligro, Mirault desprende previamente la mucosa y no secciona más que el hueso. Richet ha creído factible la eliminación de un triángulo óseo cogido entre los bocados de una pinza especial, los cuales se aproximan por medio de un tornillo y obran de un modo análogo al enterotomo aplicado al intestino. Por otra parte, Richet me aseguró que siempre se había visto obligado á quitar el tubérculo. Pero no todo consiste en esto; pues que, aún después de haber resecado el vómer, es á veces muy difícil inclinar el tubérculo hacia atrás; tanto que, en un caso de esta naturaleza, Broca tuvo que fracturarlo. Además, cuando de este modo se ha movilizado un tubérculo, muchas veces conserva indefinidamente su movilidad. Debroh, en 1843, creyó haber obtenido más fácilmente la reunión resecando los bordes convenientes de los maxilares superiores y del tubérculo, pero ya he dicho anteriormente que Gosselin comprobó la persistencia de la movilidad catorce años después de la operación.

Para asegurar mejor la reunión, se ha recurrido á la sutura ósea, y parece haber probado bien en algunos casos. Broca fué el primero que apeló á este medio con el éxito más completo en 1868; A. Guérin obtuvo una reunión sólida después de cinco meses.

Ribell no obtuvo la reunión más que en un lado, y aún apareció en este caso un pequeño punto de necrosis. Duplay, en un caso de labio leporino unilateral, fracturó el tubérculo del lado adherente, lo inclinó hacia atrás y lo suturó. Siempre que se trata de aplicar la sutura, es necesario colocarla á alguna distancia del borde dentario, porque le sucedió una vez á Giralès que por existir gérmenes dentarios no pudo penetrar el perforativo. Añadamos á los inconvenientes del procedimiento de Blandin, que, al inclinar el tubérculo hacia atrás, describe un arco de círculo á veces demasiado largo, por lo cual toma una dirección oblicua que dirige los dientes hacia atrás, y por otra parte se aplana aún más la punta de la nariz, porque es arrastrada también en el mismo sentido, siguiendo el movimiento del tubérculo al cual va adherida. Finalmente, debemos preguntarnos qué interés puede haber muchas veces en conservar un tubérculo óseo que, en vez de cuatro incisivos, no tiene á menudo más que dos y aún éstos colo-

cados muy irregularmente, mientras que, resecaado el tubérculo, podemos ocultar la deformidad y dar un punto de apoyo al obturador de la bóveda. Para mí, no dudo en dar la preferencia al procedimiento de Franco, es decir, á la resección, cuando el tubérculo es muy deforme. Hé aquí como yo practico este procedimiento:

Procedimiento de León Le Fort.—Como en el procedimiento de Dupuytren, me sirvo del tubérculo medio para formar el subtabique. Pero en este procedimiento el nuevo subtabique no tiene apoyo y está expuesto á no adherirse á la superficie de sección resultante de la extracción del hueso intermaxilar. Para obtener esta adhesión, hago lo siguiente: De los dos bordes del tubérculo cutáneo medio recorto lateralmente todo lo que excede de la amplitud que deberá tener el subtabique, con lo cual obtengo por cada lado una superficie refrescada. Hecho esto, si el tubérculo, como de ordinario sucede, es demasiado grueso, escindo de su cara inferior ó mucosa todo lo que me parece exceder.

Preparado así el futuro subtabique, practico por cada lado del hueso intermaxilar una incisión curva de convexidad inferior, cuya parte más inferior corresponde á lo que más tarde deberá formar las caras laterales del subtabique. Esta incisión circunscribe un colgajo de mucosa. Con la legra lo despego del hueso intermaxilar subyacente hasta el punto donde deba ser seccionado este hueso. Después de este desprendimiento, levanto estos colgajos, y pasando por debajo de ellos y horizontalmente los dos bocados de una tenaza incisiva, extraigo el hueso intermediario. En ninguna de las cinco veces que he practicado esta operación se ha presentado hemorragia. Después de esto, conduzco hacia abajo y atrás la parte conservada del colgajo medio, lo aplico en forma de subtabique debajo del borde del tabique refrescado al extraer el tubérculo óseo excedente, y luego reaplico los dos colgajos de mucosa forrada de periostio que antes cubrían el maxilar extraído y los coloco sobre los bordes laterales del tubérculo cutáneo convertido en subtabique, sujetándolos con puntos de sutura metálica; cuando es completa la reunión, es decir, ocho ó quince días después, reuno los bordes divididos de los labios por el procedimiento de Giraldès. Cuantas operaciones he practicado por este procedimiento me ha dado notables resultados.

V.—Cáncer del labio

El cáncer del labio puede estar limitado á un pequeño tumor, invadir todo el labio y hasta los tejidos circundantes; algunas

veces se extiende además hasta la mandíbula. En el primer caso, se emplean la cauterización y la escisión; en el segundo, los diversos procedimientos de queiloplastia, á los cuales es preciso añadir en el tercero la resección del maxilar. No nos ocuparemos en este punto más que de la cauterización y de la escisión.

1.º *Cauterización.*—Podemos emplear el cloruro de zinc ó la pasta arsenical, siguiendo por lo demás las reglas generales de su aplicación.

2.º *Incisión. Procedimiento de Richerand.*—Consiste en separar la porción enferma por una incisión semilunar practicada en el borde labial con el bisturí ó unas tijeras curvas por el plano, de la cual queda únicamente una escotadura poco profunda; curada de plano la herida, se cubre de una cicatriz que disminuye mucho la extensión primitiva de aquélla.

Procedimiento en V.—El anterior procedimiento tiene el inconveniente de recortar el borde mucoso del labio dejando una deformidad. Es preferible circunscribir el mal con dos incisiones formando una V prolongada, cuya base corresponda al borde libre del labio y el vértice descienda más ó menos según la extensión de la enfermedad y la amplitud de la parte extirpada. Se practica la reunión con puntos de sutura entrecortada, procurando que la coaptación sea muy exacta, sobre todo cerca del borde libre.

Cuando la pérdida de sustancia es considerable, se aplica uno de los procedimientos de queiloplastia que vamos á describir.

Antes de proceder á la operación debe examinarse el estado de los ganglios, porque no es raro ver que la recidiva no se efectúa en el labio y si en los ganglios que apenas estaban infartados en el acto de la operación. En estas circunstancias, esta operación es siempre muy grave. Así es que cuando existan tales ganglios, en el acto de la escisión del labio será preciso prolongar el ángulo de la V hasta el mentón, practicar, á partir de este punto, dos incisiones paralelas al borde inferior de la mandíbula y extirpar todos los tejidos que parezcan sospechosos. El epitelioma de los labios tiene poca tendencia á la recidiva; pero si los ganglios han sido invadidos ésta es casi segura y la enfermedad se reproduce á pesar de las operaciones, por lo cual es preciso operar cuanto antes.

VI.—Queiloplastia del labio inferior

Como que el cáncer se presenta con mucha más frecuencia en el labio inferior que en el superior, en aquél se han multiplicado mucho los procedimientos autoplásticos, y todos se refieren á los tres procedimientos generales del método de Celso.

El procedimiento más antiguo y que lleva el nombre de Celso, no es otro que la incisión en V aplicada ya á la ablación del cáncer, ya al refrescamiento de la pérdida de sustancia. Se diseccionan en seguida las dos porciones de la herida, y se las desprende del hueso subyacente lo bastante para que puedan ponerse en mutuo

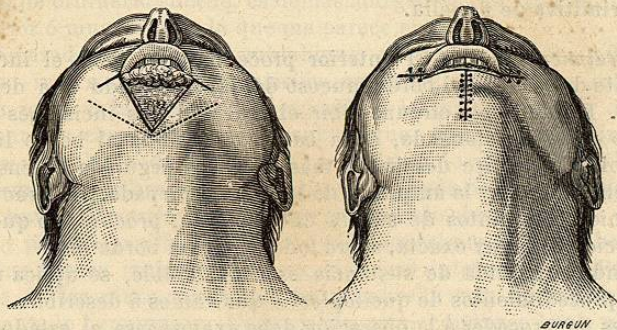


FIG. 508

Procedimiento de Celso

contacto en la línea media, en donde se procede á la reunión por sutura (fig. 508).

Este procedimiento sirve perfectamente para los cánceres poco extensos, pero en caso contrario es insuficiente. En algunos casos en que la afección interesaba todo el labio y aun se extendía más allá de la comisura, J. N. Roux recurrió al procedimiento siguiente.

Procedimiento de J. N. Roux.—Empieza por extirpar el cáncer por una incisión semilunar de concavidad superior: si la afección se ha extendido más allá de las comisuras, prolonga éstas todo lo necesario por medio de incisiones transversales que pasan por encima del cáncer; la incisión semilunar indicada terminará en

los extremos de estas incisiones, comprendiendo en su circuito toda la parte alterada. Practicada la ablación, coge el cirujano el borde de la incisión semilunar y disecciona de arriba abajo todas las partes blandas que cubren el maxilar inferior, haciendo obrar el bisturí transversalmente y á mayor profundidad en la línea media que por los lados. De este modo se obtiene un colgajo de tegumentos en forma de delantal, con un solo borde libre, colgajo que se desprende de las partes subyacentes en mayor ó menor extensión hacia abajo, y si es preciso, hasta la región hioidea; después se hace bajar la cabeza al enfermo, mientras se tira del borde libre del labio hasta el nivel de las comisuras correspondientes. Si ha sido necesario prolongar éstas, se reunirán por sutura los bordes

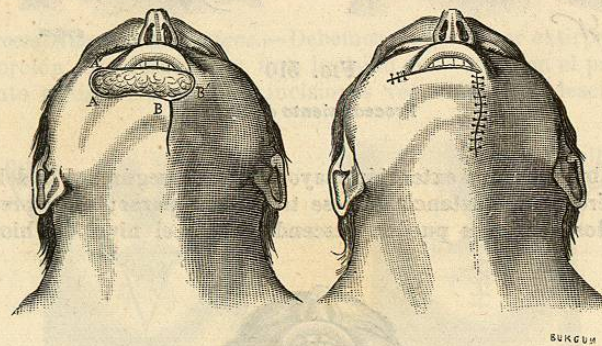


FIG. 509

Procedimiento de Lisfranc

de las incisiones que con este objeto se hayan practicado; lo restante formará el borde libre del nuevo labio.

Lisfranc modificó este procedimiento hendiendo el labio por una incisión vertical media, que en verdad facilitaba la disección; pero luego se hacía preciso unir los bordes por sutura (fig. 509).

El procedimiento de J. N. Roux es casi inaplicable, porque, tal como el colgajo está dispuesto, resulta muy dificultosa la acción del bisturí para diseccionarlo y desprenderlo; la modificación de Lisfranc sin duda facilita la disección; con todo Berg ha sido quien lo ha hecho aplicable á la práctica, añadiéndole en la región del cuello una incisión paralela á la que resulte de la ablación del cáncer, con lo cual transforma el proceder por deslizamiento en proceder por rotación ó inclinación, porque la incisión de Lisfranc, aunque sea suficiente para la disección, deja siempre muy dificultosa la ascensión del colgajo hasta el nivel del borde libre (fig. 510).

Procedimiento de Chopart.—Se empieza por practicar á uno y otro lado de la parte enferma una incisión AB, CD, que desciende verticalmente desde el borde libre del labio hasta por debajo de la

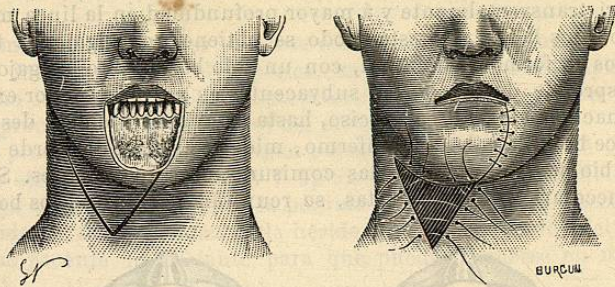


FIG. 510

Procedimiento de Berg

mandíbula, en una extensión mayor ó menor, según sea la del mal y la pérdida de sustancia que se trata de reparar; si es preciso, estas dos incisiones pueden descender hasta el nivel del hioides.

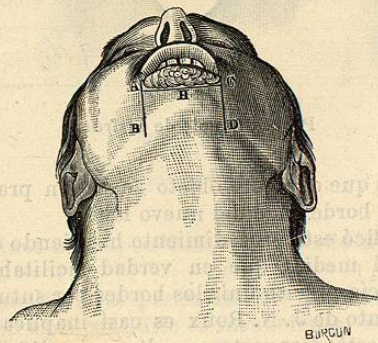


FIG. 511

Procedimiento de Chopart

Se coge por su borde superior el colgajo cuadrangular H circuncrito por estas dos incisiones, y se le desprende del hueso de arriba abajo, dándole todo el grosor posible, pero evitando con todo el rozar demasiado el periostio. Concluída la disección, se

separa por una sección recta y transversal todo el tejido alterado. Hecho esto, se eleva todo lo posible el resto del colgajo mientras que el enfermo baja la cabeza, con cuyos movimientos simultáneos se conduce el borde superior del colgajo H hasta el nivel de las porciones restantes del labio ó de las comisuras labiales, y se le reúne por sutura á los bordes externos de las incisiones (fig. 511).

Todos estos procedimientos, que forman el labio de la piel del mentón ó de la del cuello, dejan un labio delgado, deforme é inmóvil, cuya retracción no siempre impide que la saliva se derrame al exterior. Me parece que pudiéramos obtener un labio más grueso, más movable y en todos conceptos mucho más parecido al labio natural, empleando el procedimiento siguiente:

Procedimiento de Malgaigne.—Debemos empezar por extirpar toda la porción degenerada por una incisión en V como en el procedimiento antiguo, ó por dos incisiones verticales que desciendan

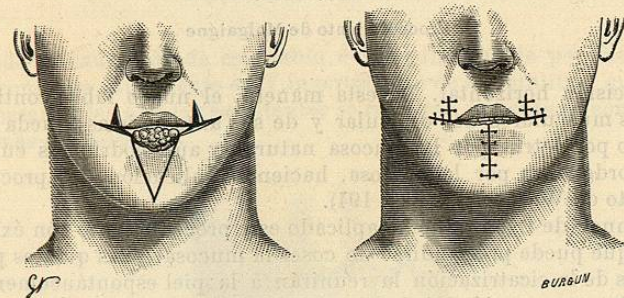


FIG. 512

Procedimiento de Malgaigne combinado con el de Camilo Bernard

hasta la base del maxilar reunidas en este punto por otra transversal (fig. 512).

En el primer caso, resultará una pérdida de sustancia triangular: conviene entonces prolongar los ángulos de la boca por cada lado por una incisión transversal, y disecar los dos colgajos triangulares resultantes. Los bordes verticales se reunirán por sutura en la línea media, y respecto del borde superior, toda la porción que exceda de la extensión que deba darse al labio se unirá igualmente al otro borde de la incisión horizontal.

En el segundo caso, la pérdida de sustancia será cuadrilátera, y á las dos incisiones que prolongan las comisuras convendrá añadir otras dos paralelas á ellas trazadas á lo largo de la base de la man-

díbula; se desprenderán en seguida por disección los colgajos laterales cuadriláteros, y se las unirá mutuamente en la línea media y á las demás incisiones hasta donde se crea necesario (fig. 513).

Con este procedimiento, únicamente los carrillos contribuyen á formar el labio, cuyo borde libre lo constituye el borde cruento de

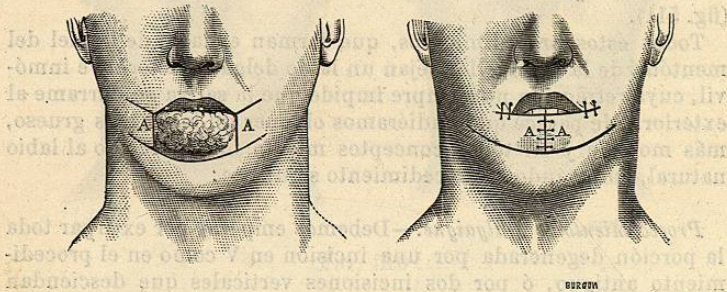


FIG. 513

Procedimiento de Malgaigne

la incisión horizontal. De esta manera, el nuevo labio contiene fibras musculares del orbicular y de sus antagonistas; queda cubierto por detrás por la mucosa natural, y aún podríamos cubrir su borde libre por la mucosa, haciendo aplicación del procedimiento de Werneck (v. pág. 194).

Bonnet (de Lyon), que ha aplicado este procedimiento con éxito, cree que puede prescindirse de coser la mucosa, pues que los progresos de la cicatrización la reunirán á la piel espontáneamente. Sédillot, no pareciéndole bastante la mucosa bucal, ha creído conveniente desprender por cada lado un colgajo del borde libre del labio superior para aplicarlo sobre la superficie cruenta del nuevo borde del inferior.

Procedimiento de Dieffenbach.—El cáncer está cercado por una incisión en V. Una incisión más externa y paralela lindando con el carrillo y unida á una de las ramas de la V por la prolongación horizontal de la comisura, constituye un colgajo cuadrilátero cuya base adherente está en el mentón. Se corta igualmente un colgajo parecido en el otro lado y después se inclinan el uno hacia el otro, reuniéndolos en la línea media (fig. 514).

Me parece más acertada la idea de Bruns cortando los colgajos á expensas del carrillo, porque la deformidad que resulta en este punto debe ser considerable y sobre todo muy manifiesta (fig. 515).

Procedimiento de Camilo Bernard.—Una vez practicadas, como llevo indicado, las incisiones horizontales, se calculará, aproximando los colgajos, el exceso de longitud que resultaría para el labio superior. En su consecuencia, con unas tijeras fuertes, es-

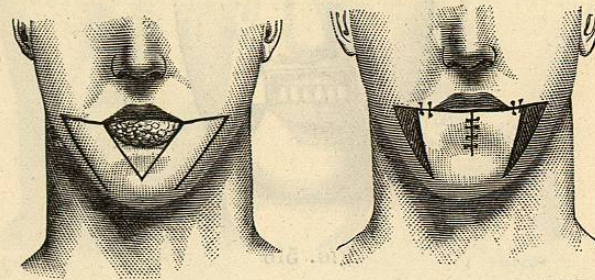


FIG. 514

Procedimiento de Dieffenbach

cinde de cada lado de este labio é inmediatamente por fuera de la comisura, un colgajo en V invertida (Δ) de la amplitud que sea necesario; las heridas resultantes se reunirán por sutura como las demás (fig. 516).

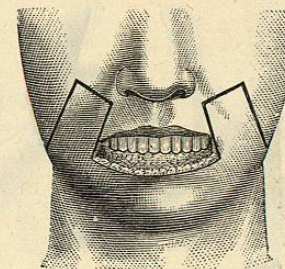


FIG. 515

Procedimiento de Bruns

Este procedimiento puede aplicarse simultáneamente á los dos lados; por un lado, para facilitar la aproximación de los colgajos que deben formar el nuevo labio, y por otro, para evitar el exceso de longitud del labio que quede intacto.

Lenoir quería que estas incisiones en V se practicasen antes que

la incisión horizontal sobre la cual debían caer; pero, además de que se añadiría quizá una dificultad al manual operatorio, procediendo así, no sería posible calcular de un modo exacto la amplitud que convenga darles.

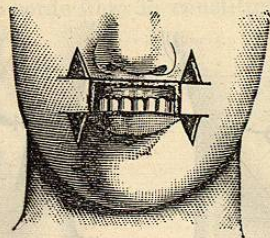


FIG. 516

Procedimiento de Camilo Bernard

Equivocadamente este procedimiento se ha atribuido á Burow.

Procedimiento de Syme.—Extirpado, pues, el cáncer por una incisión en V, cuyas dos ramas (A, B) ascienden hasta la comisura, se prolongan estas ramas hacia abajo C, D, de lo cual resulta una X; del extremo de cada rama inferior de la X, se hace partir otra inci-

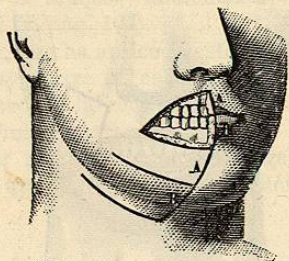


FIG. 517

Procedimiento de Ledran y de Mackensie

sión E, E, que, dirigida hacia afuera, llevará una dirección paralela á la rama superior ó se aproximará algo más á la horizontal. Resultarán de esto dos colgajos oblicuos hacia abajo y adentro, que será necesario disecarlos para aproximar el uno contra el otro, de tal modo, que se puedan reunir por sutura los dos bordes libres al nivel

de la línea media. La parte inferior de la sutura corresponderá al vértice de las partes blandas que quedan intactas en el mentón entre las ramas inferiores de la X, y la cicatriz encontrará en este

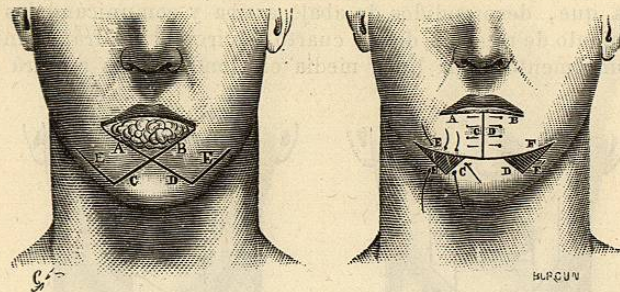


FIG. 518

Procedimiento de Syme

sitio un punto de apoyo que le evitará un exceso de tracción hacia abajo (fig. 518).

El procedimiento de Teale (fig. 519), análogo al de Syme, asegura quizá mejor la fijeza de los colgajos que constituyen el nuevo labio;

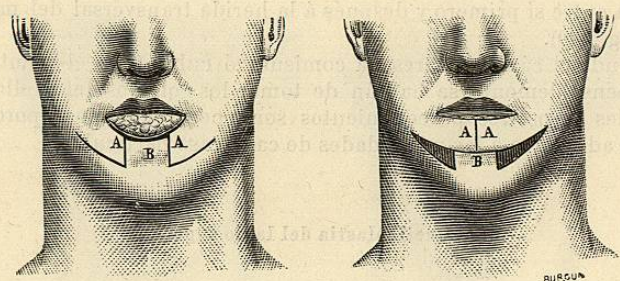


FIG. 519

Procedimiento de Teale

pero á la porción que ha de formar el borde libre le falta amplitud, y es fácil que, por el exceso de tensión, los puntos de sutura dividan los tejidos. El procedimiento de Sédillot evita mejor este inconveniente.

Procedimiento de Sédillot.—Extirpado el cáncer por una incisión

paralela al borde libre del labio, incisión que termina por cada extremo en otras dos verticales que desde las comisuras se prolongan hacia abajo lo conveniente, se practica por cada lado otra incisión paralela á la primera para circunscribir dos colgajos verticales que, desprendidos de abajo arriba y comunicándoles un movimiento de rotación de un cuarto de círculo, vendrán á unirse horizontalmente en la línea media en donde se los reunirá por

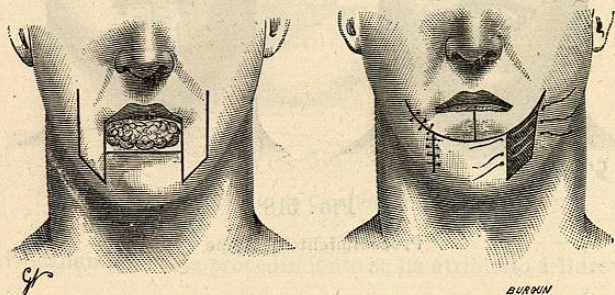


Fig. 520

Procedimiento de Sédillot

sutura entre sí primero y después á la herida transversal del mentón (fig. 520).

Cuando el cáncer interese la comisura ó cubra todo el mentón, indispensablemente se habrán de tomar los colgajos del cuello, y en tales casos, los procedimientos son poco regulables, porque deben adaptarse á las necesidades de cada caso particular.

VII.—Queiloplastia del labio superior

El cáncer es muchísimo menos frecuente en el labio superior que en el inferior; de aquí lo raro de las operaciones que hay que practicar en esta región, y de aquí también el vacío que en este punto se encuentra en todos los libros de medicina operatoria. Teniendo que extirpar un labio superior canceroso, no encontró Ledran otro medio de ocultar la deformidad que el hacer subir el labio inferior hasta debajo de la base de la nariz.

En la primera edición de este libro (1834), Malgaigne demostró cuán preferible era su procedimiento por tracción, aconsejado igualmente para el labio inferior; desde aquella época, este proce-

dimiento ha sido puesto en práctica por varios cirujanos. Queda suficientemente descrito en el artículo anterior.

Para aquellos casos en los cuales el cáncer se extiende tan lejos

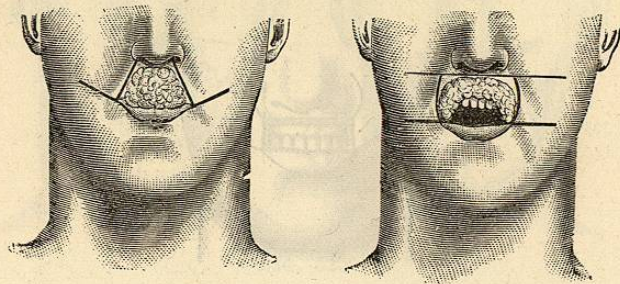


Fig. 521

Fig. 522

Primer procedimiento de Malgaigne

Procedimiento de Bruns

que no sería posible aproximar hasta el centro los colgajos laterales, ya en 1853 propuso cortarlos verticalmente, dejándolos adheridos por arriba y aplicándolos sobre el maxilar por un movimiento

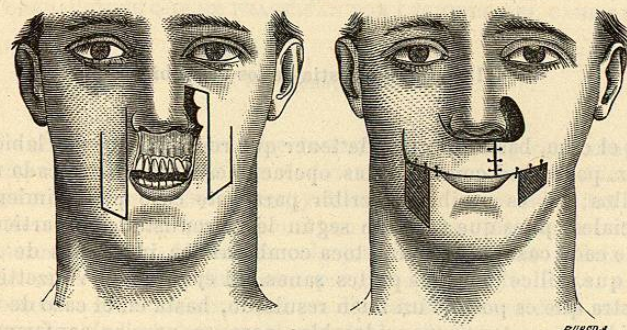


Fig. 523

Segundo procedimiento de Malgaigne, practicado por Sédillot

de rotación que no exceda de un cuarto de círculo. Este procedimiento lo ha puesto en práctica Sédillot.

El procedimiento de Malgaigne ofrece, en el labio superior, dificultades que no las presenta en el inferior. Si el cáncer ha ascen-

dido mucho, la incisión en V no es aplicable; y si la pérdida de sustancia es cuadrilátera, la inmovilidad del subtabique y de las alas hace difícil, si no imposible, el deslizamiento de los colgajos laterales. Bruns practica debajo de las aberturas nasales una se-

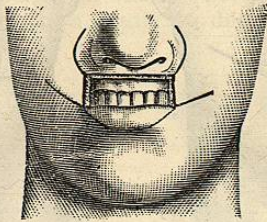


FIG. 524

Queiloplastia del labio superior

gunda incisión paralela á la que interesa las comisuras; pero, no sólo resulta cierta tracción sobre los carrillos, sino que queda la cara surcada transversalmente por una cicatriz. Prefiero, en este caso, trazar en la base del labio una incisión que, rodeando las alas de la nariz (fig. 524) dará á los colgajos la suficiente movilidad.

VIII.— Queiloplastia de los dos labios

En el caso, bastante raro, de tener que restaurar los dos labios á la vez, podremos combinar las operaciones aplicables á cada uno de ellos; no es posible describir para este caso procedimientos especiales, pues que variarán según las circunstancias particulares de cada caso; al cirujano toca combinar las incisiones de manera que utilice todas las partes sanas. El ejemplo de Vanzetti demuestra que es posible un buen resultado, hasta en el caso de una pérdida de sustancia considerable; pero es preciso conformarse con que, después de la curación, queden una notable deformidad y extensas cicatrices (fig. 525).

Teniendo Vanzetti que reparar una extensa pérdida de sustancia con motivo de haber extirpado un cáncer que ocupaba la mitad de ambos labios, la comisura y partes inmediatas del carrillo, procuró ante todo movilizar la porción sana del labio superior por dos incisiones, una vertical y otra horizontal; otras dos incisiones (B) circunscribieron un colgajo que, atraído hacia abajo,

vino á formar un nuevo labio superior. El labio inferior se restableció cortando á derecha é izquierda dos colgajos que se hicieron

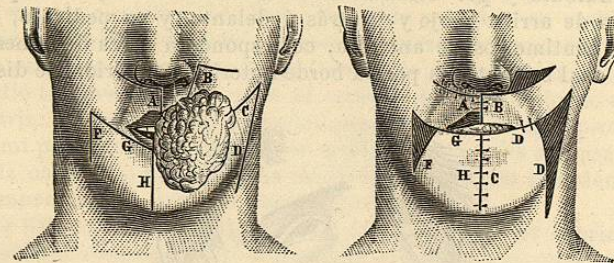


FIG. 525

Procedimiento de Vanzetti

bascular el uno hacia el otro. La fig. 525 dará una idea más exacta de la inclinación dada á los colgajos, que no la descripción más minuciosa.

ARTÍCULO II

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN POR LESIONES DEL CARRILLO

I.— Genoplastia

Franco fué el primero que restauró un carrillo casi completamente destruido. *Dividí la piel*, dice el autor, *en dirección á la oreja, al ojo y á la mandíbula inferior*, y disequé por todos lados los tegumentos hasta que pude poner en contacto los bordes todos. Debieron resultar diferentes colgajos; este proceder podría colocarse entre los procedimientos por tracción. J. N. Roux, en un caso menos grave, se contentó en disecar los bordes de la solución de continuidad, sin cortar colgajo alguno. Podríamos, igualmente, recurrir á los procedimientos por inclinación; pero si se trata de pérdidas de sustancia extensas, quizá ningún procedimiento tiene tantas probabilidades de éxito como el de Lallemand, que pertenece al método indiano.

Procedimiento de Lallemand.— Después de refrescados los bordes de la pérdida de sustancia, el cirujano traza en el cuello un colgajo de la forma y dimensiones necesarias, dándole un tercio más