

miento que se emplee, ó diré mejor, me refiero á todos los procedimientos posibles.

Pero la indicación quirúrgica ha de subordinarse también á otro elemento esencial, y es la oportunidad representada por la *edad* que debe tener el niño para ser operado.

Punto es este cuya resolución es sumamente difícil en cada caso, y más todavía en principio. Algunas de las estadísticas publicadas respecto del resultado obtenido con la intervención quirúrgica, no ofrecen base sólida para formular un juicio que tenga garantías de acierto, porque tienen el defecto, muy frecuente en estas síntesis numéricas, de englobar casos muy diferentes, lo cual disminuye notablemente el valor de las cifras totales. Sólo expondré tres de las que ofrecen mayor precisión, para que pueda formarse una idea aproximada de los resultados operatorios: la de Periat, la de Müller y la de Gotthelf.

La de Periat es relativa al labio leporino, y en ella están agrupados los resultados operatorios en cuatro clases, atendiendo á la edad de los niños. De 50 operaciones realizadas en los doce días subsiguientes al nacimiento, resultaron 41 curaciones, 6 fracasos y 3 fallecimientos. De 44 practicadas entre el segundo y el décimoquinto mes, resultaron 39 éxitos, 4 fracasos y 1 fallecimiento. De 26 efectuadas entre los dos y los seis años, 22 éxitos, 3 fracasos y 1 fallecimiento. Y 49 practicadas desde los seis á los treinta años, fueron todas seguidas de curación.

De la de Müller sólo citaré la parte que se refiere á los labios leporinos bilaterales complicados, la cual comprende 8 operaciones, que ocasionaron 4 fallecimientos.

Gotthelf, de Berlín — XIV° Congreso alemán, 1883—, ha dado á conocer los siguientes datos relativos á operaciones efectuadas antes del sexto mes de la vida:

- 1.° Labio leporino simple. Simple refrescamiento é incisión superficial liberatriz: defunciones, 38,2 p. 100.
- 2.° — — — Desprendimiento de adherencias labiales y genianas: defunciones, 44 por 100.
- 3.° — — — Depresión del tubérculo medio: defunciones, 50 por 100.

Los autores del *Compendium* dividen en cuatro períodos la edad en que se puede operar el labio leporino:

- 1.° En los primeros días que siguen al nacimiento (Dubois, Depaul, Giraldi, Desormeaux).

2.° De uno á tres meses (Dupuytren, Gersant, Velpeau).

3.° Desde los quince á dieciocho meses, hasta los cuatro ó cinco años (Dessault, Mirault).

4.° Después de los cinco años (Dionis, Garengeot, Boyer).

A mi juicio, ni esta división de edades, ni las estadísticas que he expuesto, ni otras que se han formado, resuelven el problema de la determinación de la oportunidad operatoria, porque para que sirvieran de sólido fundamento al juicio tenían que llenar múltiples condiciones, no sólo las que ya cumplen de manifestar la edad de los niños y resultado obtenido, sino que tenían que ofrecer los elementos esenciales de una historia clínica abreviada, consistentes en la clase y grado de la malformación, género de lactancia de que el niño podía hacer uso y estado de salud, pues sólo así es como cada médico encontraría en las estadísticas, que sería más apropiado llamar en este caso *recopilación de historias clínicas abreviadas*, modelos diferentes, á los que pudiera equiparar los casos que en la práctica se le presentan.

Para la fijación de la oportunidad operatoria desde el punto de vista de la edad del niño hay que tener en cuenta dos factores básicos: la *necesidad* en unos casos, y la *conveniencia* en otros, pero cuyos límites respectivos son tan borrosos y se compenetran de tal manera, que hay que refundirlos y formar con ellos lo que yo creo capaz únicamente de resolver este difícilísimo problema: *un juicio comparativo del pro y contra de la operación en cada caso particular*.

Así, pues, hay que tomar en consideración:

1.° El grado de *necesidad* ó de *conveniencia* que ofrezca en el niño la operación desde el punto de vista de la *lactancia*, que es la más directa y gravemente comprometida, sin olvidar la justipreciación de otras circunstancias referentes á la salud del niño que pudieran existir.

2.° La *debilidad congénita* ¿debe ser conceptuada como una contraindicación temporal de la operación? Respecto de este particular, lo primero que hay que resolver, en lo posible, es si el niño ha nacido débil ó se ha vuelto tal por las dificultades mecánicas del amamantamiento; si es congénita, justipreciaremos cuidadosamente las ventajas y los inconvenientes de la operación; pero si la debilidad ha sobrevenido por el obstáculo que la malformación opone á la lactancia, lejos de contraindicar la intervención operatoria será una verdadera indicación.

3.° Los primeros días de la vida extrauterina constituyen, á mi juicio, una contraindicación, porque el recién nacido se está adaptando

durante ellos á la vida independiente y pasando además la casi latente pero peligrosa crisis del desprendimiento del pedículo del cordón umbilical. Pueden, sin embargo, existir circunstancias especiales de cuyo conjunto surja la indicación; por ejemplo, que la madre tenga buenas condiciones para criar al niño, pero que sea pobre, y que por consiguiente, si se la retira la leche no puede darle una nodriza, y que á la vez el labio leporino ofrezca uno de los mayores grados de simplicidad; pero aun así, lo preferible, lo más prudente sería que esa mujer amantara á otro niño para sostenerse la leche durante el número de días ó de semanas preciso hasta que su hijo estuviera en condiciones de ser operado y de poder mamar. Este mismo ejemplo que acabo de presentar demuestra los múltiples aspectos que ofrece el problema en cada uno de los casos y que sólo se le puede resolver con acierto justipreciando reflexivamente todas las circunstancias.

4.º Desde el punto de vista estético, los resultados obtenidos con la operación son más satisfactorios cuanto menos edad tiene el niño.

5.º La modalidad del vicio de conformación es también otro factor fundamental, que hay que tomar en consideración al determinar la oportunidad operatoria; y si bien no es posible asignar una fecha fija á cada variedad de malformación, diré que, en tesis general, el labio leporino *completamente sencillo* puede operarse desde que se haya cicatrizado la herida umbilical, si lo reclama la salud del niño por resentirse á consecuencia de no poder mamar; pero á ser posible, es decir, si lo consiente su salud, es preferible aguardar á que tenga cuatro ó cinco meses; ó sea, antes de que comience la dentición, pero lo más lejos posible del nacimiento.

Lo más difícil del problema está en el recién nacido cuando el labio leporino le impide mamar, porque en el caso contrario las perplejidades no son graves, toda vez que si el niño puede verificar la succión en el pecho de su madre, hay tiempo y tranquilidad absoluta para pensar si conviene operarle á los cuatro ó cinco meses, como acabo de manifestar, sin que tenga carácter de precepto semejante opinión, ó si se debe aguardar á que tenga más edad. Lo apremiante, lo que no contemporiza con las dilaciones, lo que pone el alma del médico en dolorosa tensión, es el caso del niño que no puede mamar por tener un labio leporino sencillo. La resolución ha de tomarse pesando cuidadosamente todas las circunstancias, porque habrá niños que podrán pasar bastante bien unos días dándoles leche de mujer recién ordeñada ó con leche de vaca convenientemente aguada si no se les puede dar de mujer;

pero habrá otros que presentarán dispepsia ó diarrea, y que enflaquecerán; y existe además el factor de la leche de la madre, que se la retirará, por cuya razón no se puede formular un precepto general. Mi opinión es que si no son eficaces los medios que antes he propuesto para que el niño pueda verificar la succión y las dificultades de la alimentación quebrantan su salud, *debe operarse el labio leporino completamente sencillo* después de cicatrizada la herida umbilical, ó aun antes, si especialísimas circunstancias lo impusieran. En estos casos, y en los de niños débiles de más edad, podremos encontrar un valiosísimo auxilio en hacer la operación en varios tiempos, efectuando en cada uno un refrescamiento parcial y un punto de sutura, y dejando transcurrir entre uno y otro tiempo el número de días preciso hasta que se hubiera cicatrizado; es una fórmula prudente de atenuación de peligros, subordinada, como todo, á las circunstancias de cada caso y á lo que la observación dicte, pues ninguno de los consejos que doy tiene carácter absoluto.

Si el labio leporino constituye una *malformación más ó menos complicada*, que exige por lo mismo una *operación laboriosa*, no deberá practicarse ésta hasta que el niño tenga uno, dos, tres, cuatro ó más años, según la entidad del vicio de conformación; debiéndose tal vez en todos los casos en que la división interesa la bóveda palatina hacer la operación en dos tiempos: en el primero se reúnen los labios y se corrige el tubérculo medio; y en el segundo, que se practica después que haya transcurrido el número de años preciso para que el niño tenga la edad adecuada, se hace la operación que reclama la fisura de la bóveda palatina.

La *uranoplastia* y la *estaflorrafia*, ó sean las operaciones que se practican para corregir la división de la bóveda palatina ó del velo del paladar respectivamente, no se efectuarán hasta que tenga el niño cierto número de años, que se determinará según las circunstancias de cada caso. En la división de la bóveda palatina, cuando por cualquier motivo no se pueda curar por la operación, estará indicado apelar á la *prótesis*, pues se construyen aparatos que, aunque no están desprovistos de inconvenientes, como es el de agrandar paulatinamente la fisura, reportan, sin embargo, grande utilidad, porque obturan la anormal comunicación existente entre la boca y las fosas nasales, lo cual es de una importancia capital, no sólo por lo que favorece el lenguaje, sino porque evita el paso de la saliva y de los alimentos á las fosas nasales y el del moco de éstas á la boca. Pero, á mi juicio, deben construirse

estos aparatos de manera que ofrezcan el mayor grado de blandura que sea compatible con el papel que tienen que llenar; mas como el objeto de esta blandura es disminuir en lo posible los nocivos efectos que sobre los tejidos determina la presión ó el contacto de la pieza protésica, entre los que se halla el agrandamiento de la fisura, se podría conseguir este fin haciendo que la parte del aparato que se aplica inmediatamente sobre ésta fuera de goma blanda ó estuviera revestido de una capa de esta substancia, y que el resto del aparato tuviera toda la consistencia que fuera precisa, cuyo detalle le creo de muy fácil realización.

Con los niños que tienen las malformaciones que nos han ocupado, hay que observar ciertas precauciones referentes al género de vida. Los que presentan labio leporino complicado con fisura de la bóveda palatina ó solamente esta última, debe dárseles la leche—en el caso de que no dieran favorable resultado los recursos que he recomendado antes—, introduciendo la cuchara hasta cerca del istmo de las fauces, para que pase al momento á la faringe; porque si no, al querer deglutir el niño es llevada la leche á las fosas nasales; y aun considero preferible un pistero de agujero muy fino, porque es más cómodo y eficaz; pero empléese pistero ó cuchara, se pondrá al niño de lado para que resbale la leche por la cara interna del carrillo y por la superficie de la amígdala, llevando al efecto la punta del pistero hasta cerca del pilar anterior; porque si se colocara al niño en decúbito supino y se echara la leche sobre la cara dorsal de la lengua, podría penetrar en la laringe y causar los accidentes consiguientes. En caso necesario, se apelará á la alimentación por medio de la sonda de goma blanda introducida en el esófago. Además, á los niños que tienen labio leporino se les pondrá, al sacarlos á la calle, una especie de tapabocas holgado, de tela clara, si el tiempo lo exige, con el fin de preservar su aparato respiratorio de la acción demasiado brusca del frío y de la humedad.

Meningo-encefaloccele congénito.

Se entiende por *meningo-encefaloccele* la salida de cierta porción de las meninges y del encéfalo, reservándose la denominación de *meningocele* para la hernia de las meninges, y la de *encefaloccele* para la del encéfalo exclusivamente. Adopto, pues, el primer nombre por ser el más comprensivo, pero estudiaré las tres variedades de ectopia, y le

agrego el vocablo *congénito* para diferenciarle del *adquirido*, cuyo estudio no corresponde á la Pediatría. Esta malformación ha recibido también los nombres de *exencefalia*, *cefaloccele congénito* y *espina bifida craneal*.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—No seguiré, en el estudio de las causas, la división que de ellas se ha propuesto en *embrionarias* y *fetales*, porque el dato cronológico, aunque de importancia indudable, no dice tanto á la razón como la consideración de mecanismo patogénico; por lo que conceptúo preferible agruparlas en dos clases, fundadas en la naturaleza de las influencias en cada una de ellas comprendidas: *causas morbosas* y *anomalías de desarrollo*.

Las causas de índole patológica pueden ser: ya una hipertrofia circunscrita de las vesículas cerebrales primitivas, la cual, formando prominencia, impide el completo desarrollo del esqueleto membranoso del cráneo y después la osificación en el sitio que ella ocupa, teoría que ha sido formulada por Berger para explicar la aparición de los encefalocelos, ó por lo menos de muchos de ellos; ó bien, como cree Spring, se encuentra la causa representada por una hidropesía limitada, que si radica en la aracnoides producirá la perforación del tejido óseo del craneo en el punto correspondiente, luego la ectopia meníngea y más tarde de una parte del cerebro ó del cerebelo; y si asienta en una de las cavidades ventriculares, da lugar á la ectopia de la porción de substancia encefálica distendida por la serosidad ventricular después de haber desgastado la pared craneal en el punto correspondiente.

El segundo orden de causas, ó sean las anomalías de desarrollo, ha sido también objeto de diversos pareceres.

Leriche opina que este proceso es debido á un defecto de soldadura de las vértebras encefálicas.

Geoffroy Saint-Hilaire creía que no son las meninges ni el encéfalo los que abandonan la cavidad craneana ya existente, sino que permanecen en el lugar de su producción, pero forman prominencia y se hallan mantenidas en el exterior, por lo cual sirven de obstáculo al posible desarrollo de las partes destinadas á cubrir las, y atribuye la causa primera de semejante perturbación formadora á adherencias del amnios y de las vesículas cerebrales primitivas.

Daraste refiere esta malformación á una suspensión que sufre el amnios en su desarrollo, el cual ejerce presión sobre la vesícula encefálica.

Según Talko, es debida á una osificación precoz de ciertas suturas, lo que obliga á las meninges y al encéfalo á salir por otros sitios no osificados todavía.

Klementowsky, por el contrario, opina que el origen se halla en una osificación retardada é irregular de los huesos craneales.

Realmente, la determinación del procedimiento patogénico de este proceso, lucha, entre otros obstáculos, con el representado por lo deficiente de nuestros conocimientos respecto de la embriogenia del encé-