Dep. Gen. 10.312
4.861.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LÁBIO-LEPORINO

TÉSIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ELISEO M. VIDELA

BUENOS AIRES

Imprenta de Ostwald y Martinez calle de la Florida número 136

1881

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor Don Manuel P. de Peralta

VICE-DECANO

Doctor Don Manuel Arauz

TESORERO

Doctor Don Mauricio Gonzalez Catan

ACADÉMICOS

Doctor Don Nicanor Albarellos
« « Manuel A. Montes de Oca
« « Cleto Aguirre
« « Ignacio Pirovano
« « Felipe Ardenghi
« « Pedro A. Pardo
« « Leopoldo Montes de Oca
« « Eduardo Wilde
« « Pedro A. Mattos
« « José T. Baca
« « Domingo Parodi
« « Rafael Herrera Vegas

SECRETARIO

Doctor Don Jacob de T. Pinto

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D.	Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica	«	« Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana . . .	«	« Santiago Larrosa
Patología general	«	« José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica . .	«	« Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	«	« Guillermo Rawson
Patología esterna, operaciones y vendages	«	« Leopoldo Montes de Oca
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	«	« Manuel Arauz
Clínica Quirúrgica y operaciones	«	« M. A. Montes de Oca
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	«	« Cleto Aguirre
Clínica médica.	«	« Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología . . .	«	« Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínicas respectivas	«	« Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica		Vacante
Histología y Anatomía Patológica	Dr. D.	Cárlos Lanús y Dr. Don Juan Borbon
Fisiología general y humana . .	«	« Fco. Tamini (en ej.)
Patología general é Historia de la Medicina	«	« Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica . .	«	« Pablo M. Santillan y Dr. D. Enrique del Arca
Higiene pública y privada . . .	«	« Pedro Mallo
Patología esterna, operaciones y vendages	«	« Lucio Melendez
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	«	« Manuel Podestá
Clínica Quirúrgica y operaciones	«	« Juan A. Argerich y Dr. D. Julian Aguilar.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	«	« Pedro F. Roberts
Clínica médica	«	« Juan B. Gil y Dr. Don Cárlos Villar
Medicina legal y Toxicología . . .	«	« Manuel Blancas
Obstetricia y Clínicas respectivas.	«	« Antonio T. Ballester y Dr. D. S. Molina

DISECTORES

Dr. D. Juan J. Naon y A. Piñero.

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON IGNACIO PIROVANO

A MIS PADRES

A MIS MAESTROS

Al Dr. D. Ignacio Pirovano

Señor Presidente:

Señores Academicos:

Al ingcesar á las aulas de medicina, lo primero que llamó mi atencion fué la cirugía. Iniciado mas en esta ciencia, he podido apreciar los progresos y contemplarla en el alta cúspide á que ha llegado en estos últimos siglos.

El espíritu de investigacion y el deseo de conocerlo todo, se apoderó de los hombres de ciencia, que multiplicando sus medios de investigacion y con una contraccion asidua llegaron á sentar sobre bases sólidas, la anatomía. Cimiento sobre el que debía edificarse los adelantos de la cirugía. Estos no se hicieron esperar mucho. Sacándola del ostracismo á que la había condenado el empirismo ciego y con un punto tan sólido de apoyo, y por otra parte, respondiendo á los anhelos del progreso, pudo venir á llenar un vacío que era reclamado y exigido por su hermana, la Medicina, que combatia, podemos decir sola en el campo del dolor.

¡Cuantos enfermos destinados á una muerte segura habrian tenido que agradecer á la cirugía su

salvacion!.... Pero no es mi ánimo hacer la historia de los adelantos de esta parte de la medicina, que vosotros la conoceis: y el siglo XIX tiene el derecho de reclamar la mayor gloria en esta jornada.

Pero la cirujía no se ha contentado con arrebatar á la Parca sus víctimas á inmolar. Ha ido mas allá: y constituido una parte que le podemos llamar *cirugía de ornato*, que son las operaciones que sin ser imprescindibles para el mantenimiento de la vida, contribuye á dar la belleza de las formas alteradas. Así vemos á individuos condenados á llevar un defecto, yá por enfermedades ú otros accidentes, convertidos en personas aptas con formas mas ó menos regulares.

Aun no es esto todo: su atrevimiento ha llegado á querer corregir las faltas que la naturaleza comete. Los desgraciados que nacen con una monstruosidad congénita, encuentran un recurso en la cirugía, para poder remediarla. Desviando así, los secretos designios que les condenara á una vergonzosa existencia.

Si el estado en que hoy se encuentra esta parte de la cirugía, hubiera sido conocido en los tiempos de Esparta, en que sus hijos eran inmolados por el mas pequeño defecto, ¡cuanta veneracion trairia su recuerdo!

Pues bien, si he contemplado y reconocido los beneficios que reporta la cirugía en una parte, no hé admirado menos la otra. Y el punto que he

elejido para mi disertacion ha sido fundado en estas consideraciones. Nada de nuevo os presento. Si algun mérito le encontrais, os pertenece, porque con vuestras lecciones me habeis guiado durante seis años en el escabroso sendero de la medicina y os recordaré con gratitud y respecto.

Una de las deformidades congenitas—el *labio-leporino* es el tema que os presento. Haré lo mas breve que me sea posible la descripcion de sus distintas formas, su etiología, para pasar en seguida á hablar de su tratamiento.

I

Entre las deformidades que desfiguran mas la fisonomía humana, alterando sus formas y dándole un aspecto desagradable, se coloca en primera línea la conocida con el nombre de labio-leporino.

Nada nos han legado los padres de la medicina, respecto á esta deformidad; sí bien Laroche piensa que Hipocrates la señala en su libro titulado Mochlicus, solo se encuentra en él, una ligera mencion de las lesiones físicas de huesos maxilares. Castelli cree, que la espresion de *lago-cheilos* empleada por Galeno, se refiere á la de labio leporino; pero este autor recomienda una medicacion insignificante, que mas bien hace suponer que se ocupa de las heridas de los labios, que de su division congenital. Celso parece ocuparse de esta deformidad en su libro VII, cap. IX, segun la espresion citada por Louis cuando dice: « *Labia interduum etiam duabus locis curtata esse consuerunt* » pero en seguida habla del dolor y derramamiento de sangre etc., lo que significa que se refiere mas bien á la division accidental. Igual cosa encontramos en las obras de Pablo de Egina.

Los escritores árabes no son mas esplícitos, si esceptuamos á Albucarsis que nos dá algunas nociones á este respecto, pues habla de divisiones, de bordes labiales no sanguineos, y aconseja unas veces cauterizar sus bordes, otros incindirlos y reunirlos cubriendo despues la herida con un ungüento.

Como se vé, poco ó nada encontramos en los libros antiguos y tenemos que llegar á la época de renovacion y especialmente al siglo XVI, donde el inmortal A. Pareo, imprime un poderoso impulso á la cirúgia. El fué el primero que á esta deformidad le dió el nombre de labio-leporino. La describe y establece el tratamiento de la sutura en sortijada. Pero no debemos olvidar á su contemporaneo Franco, que bajo la denominacion de *labio hendido de nacimiento* (para los casos de labio leporino uni-laterales) y de *diente de libre* (para los dobles) habla con bastante precision y señala algunas complicaciones, estableciendo el tratamiento que aun lleva su nombre. Por consiguiente podemos considerarlo como el primer autor que ha tratado de una manera esplícita el labio-leporino.

Despues de esta época apenas encontramos autores que hayan escrito sobre cirugía, que no se ocupen con mas ó ménos interés de esta cuestion. Unos dándonos á conocer sus diversas formas y proponiendo procedimientos operatorios para corregirlos; otros envolviéndose en un cáos de hipótesis buscan investigar las causas de su produccion.

Largo sería enumerarlos, lo mismo que el progreso y adelanto que han impreso, con sus trabajos, á este punto de la cirugía, hasta llevarlo á sentar, bajo las bases que hoy se encuentra. En el curso de mi tésis daré á conocer algunos de ellos.

El *labio-leporino* puede ser *accidental* cuando es producido por un traumatismo, una quemadura, una ulceracion, etc. y cicatrizan sus bordes aisladamente. Pero existe otra clase que no responde á estas causas y que nace con el individuo, se elabora en el claustro materno y persiste acompañando al nuevo ser en su vida extra-uterina. Esta es de la que únicamente nos ocuparemoo; podemos por consiguiente definirla, diciendo: que bajo el nombre de labio-leporino se entiende «*la division permanente y congénita de los labios.*» El Sr. Bouisson propone llamarle *cisura congénital* por ser un término mas genérico; nosotros emplearemos uno ú otro indistintamente, conservando siempre el primero por ser el que le ha consagrado el uso.

Vamos á hacer una ligera enumeracion de las distintas formas de labio-leporino, para poder abordar en seguida una cuestion mas interesante, cual es el modo de corregirla—su tratamiento.

Numerosas variedades pueden presentarse con relacion á las partes que interesa, sitio, número, direccion, extension de la cisura, etc. Así pues, la hendidura congénita puede interesar solo las partes blandas; y se observa con menos frecuen-

cia en el labio inferior, siendo por el contrario su sitio predilecto el superior, que afecta la forma única ó doble; colocándose ya en su parte media ó laterales que es lo mas comun y sobre todo en el lado izquierdo: tambien se la vè seguir la direccion de las comisuras. Habitualmente es vertical, pudiendo hacerse mas ó menos oblícuas.

Algunas veces nos encontramos que no se límita únicamente á las partes blandas, sino que se estiende la cisura mas profundamente al maxilar superior, á las apófisis palatinas, al velo del paladar etc., y estas como las otras pueden afectar distintas formas.

Se comprende, pues, que siendo tan variado el modo de presentarse esta afeccion, haya dado márgen á clasificaciones diversas, segun los autores y épocas en que haya sido descripta.

Nosotros seguiremos la del Sr. Bouisson por parecernos mas aceptable, que hace dos grandes divisiones, comprendiendo en la primera bajo el nombre de *labio-leporino simple*, la cisura de las partes blandas: en la segunda con el nombre de *complicado*, la que se estiende á los huesos de la cara. Estas á su vez, admiten otras subdivisiones segun su sitio, número, etc.

1º L*abio-leporino simple*.—Acabamos de decir lo que comprende esta forma; pero como puede encontrarse situada en el labio superior ó inferior y cada uno de ellos ofrecen indicaciones especia-

les, voy a tratarlos por separado. Empezaré por el primero.

a—Cisura del labio superior.—Esta es su sitio mas comun, ocupa frecuentemente el lado izquierdo, respondiendo esto á una ley teratológica segun la cual las anomalías son mas numerosas en este lado del cuerpo. Está caracterizada por una hendidura con separacion de los bordes; estos son lisos, rosados continuándose su mucosa con la de la piel lo mismo que en el borde libre de los labios. La hendidura puede detenerse al nivel de la arcada dentaria ó continuar mar arriba. En ambos casos afecta la forma de un triángulo, cuya base estuviese abajo y el vertice hácia arriba, ó mejor aun la de una V invertida. Bajo la influencia del llanto, la risa ó cualesquier otra causa que ponga en movimiento los musculos de la cara, los bordes labiales se separan.

Algunos cirujanos no han querido admitir sino una sola especie para esta cisura; pero la observacion ha demostrado que el labio-leporino superior se puede formar en tres partes, correspondiendo á la vez á los tres puntos de desarrollo que nos enseña la embriología.

Por lo tanto admitiremos para esta clase de cisura, la que corresponde á la parte media y laterales, añadiendo á estas, la de la comisura labial.

Labio-leporino mediano. Esta division del labio se la observa naturalmente en algunos animales

como caracteristico de su raza; ó bien distingue una clase especial, como en los perros.

En el hombre existe solamente de un modo anormal y constituyendo una deformidad muy desagadable.

Esta division mediana del labio superior, ha sido considerada como imposible por cirujanos eminentes como Chaussier, Dupuytren, Cruveilhier, en tiempo que su etiología era esplicada por hipótesis que carecían de fundamento. Los trabajos de Lafaye, Boyer, Nicati, etc., que dicen haberla observado; las piezas anatómicas existentes en los museos de Stransbourgo y de Tubingen, así como tambien en la descripcion del de Breslau por Otto que nos enseña varios fetos con esta afección; lo mismo que los hechos referidos por Blandin, Demarquay, Bouisson y otros, como los que nos demuestra la esperiencia diaria, no dejan duda de su realidad. Por otra parte su posibilidad está hoy conprobada debido al progreso de la embriología.

En esta forma la cisura, como el nombre lo indica, ocupa la parte media del labio; no es muy frecuente: puede detenerse en la mitad del labio ó llegar hasta el tabique de la nariz. Su direccion es vertical: su forma es análoga á lo que hemos dicho mas arriba. Los individuos afectados de está deformidad tienen su fisonomía desfigurada y con un aspecto repugnante.

Los casos citados por Amon, Leuckart, y mas

recientemente por Bitot; en el que la division labial existía en un feto de siete meses, al mismo tiempo que muchas otras anomalías en la region de la cara, había ausencia de los huesos de la nariz, fusion de los agujeros ópticos, falta del tabique nasal, ausencia de los incisivos medios; etc.

En este caso, la division labial, en aparencia única y mediana no lo era atendiendo sus detalles, sino una cisura como lo hace notar muy bien Bouisson, con ausencia del lóbulo medio y de los huesos intermaxilares.

Labio leporino-lateral. — Es el que se observa con mas frecuencia: puede ser úinco ó doble. En el 1er caso es frecuente su situacion á la izquierda: la forma que afecta es la de una V invertida: su direccion oblicua, y el borde externo de la cisura es algo mas bajo que el interno; generalmente rectos y regulares, pueden no serlo y presentar ondulaciones ó escotaduras como los hechos citados por S. Cooper, y Bouisson.

Los labios de la division anormal son yá gruesos, ya delgados y como cortados en bisel. Cuando la separacion es considerable, sus bordes pueden continuarse insensiblemente con el del labio; y cuando no llega á este grado el ángulo de union del labio con el de la cisura, es romo y redondado.

La altura á que puede llegar la hendiudra en esta forma de labio-leporino, es muy variable. Puede detenerse en la mitad del labio como

la anerior, ú ocupar su totalidad, y aún prolongarse hasta la nariz correspodiente, que la desvía hácia su lado, aplastándola, y cambiando por consiguiente sus formas. Se lé ha visto tambien á la cisura seguir otra direccion y llegar al surco naso-labial como en el caso observado por Broca. Cualqniera que sea la altura de la division la separacion de los labios es notable y aumenta por los movimientos de la cara. De aquí que los antiguos creyeron que en el labio-leporino había una pérdida de sustancia.

El labio-leporino *bi-lateral* es aquel en que existen dos cisuras, una á la izquierda y otra á la derecha, dividiendo el labio por consiguiente en tres partes, dos laterales ó esternas que se continúan con las mejlilas y una media en direccion de la deprecion sub-nasal y del frenillo del labio superior, su base se adhiere al tabique nasal. Su borde esterno generalmente mas largo que el interno. La forma que suele afectar este mamelon medio, es muy diferente; puede ser eferoidal, cónico ó alargado, pero por lo comun se atrofia, cubriendo imperfectamente la arcada dentaria: se presenta entónces una deformidad más considerable que la del uni-lateral. Dificulta la succion y trae por consiguiente una perturbacion en la nutricion de los niños.

En esta deformidad la abertura bucal está modificada, — mas larga en sentido transversal, debido á las tracciones de las comisuras. El

labio inferior puede hacer prominencia: y la fisonomía cambiar su aspecto segun las caprichosas formas que pueden afectar estas hendiduras, casi imposible de enumerarlas.

El labio hendido tiene la misma organizacion que la region en que se presenta: ya sea único ó múltiple le imprime solo las modificacianes que dejamos apnntadas. En el bi-lateral en su lóbulo medio procediendo del esterior al interior tenemos la piel, el tejido celular, el musuclar y la mucosa, sin embargo el Bouisson ha observado un caso en que el tejido había sufrido una transformacion fibrosa que dificultaba la introducion de los alfileres. En el resto de la endidura labial, las fibras del orbicular del labio se detenían á una cierta distancia de la cisura como lo hace notar Broyer; su estremidad redondeada forma una capa delgada; las arterias tambien se detienen enviando ramillas á nutrir este pequeño espacio que queda.

Labio-leporino geniano ó comisural—Esta forma es rara, sin embargo, Freytage, Muralt y Otto la han observado, ya en individuos, ya en fetos nacidos muertos con otras deformidades. Consiste en un prolongamiento de la comisura bucal sea en el sentido tranversal ó en una direccion oblícua arriba y afuera. De la 1ª variedad los autores ya citados, nos dan algunos ejemplos, como el de un niño cuya abertura bucal se estendia de una oreja á la otra.

La 2ª ha sido descripta por Klein, Nicati y Laronche con el nombre de *cisura congenital de las mejillas* y Ammon nos presenta un caso de un niño, cuya boca de un tamaño anormal se prolongaba á la izquierda en una hendidura oblícua, terminada por un vértice agudo que se estendia hasta el ángulo esterno del ojo. Muchos otros cirujanos han citado casos análogos.

Algunos autores han querido colocar esta forma al lado de las enfermedades de las mejillas; pero el Señor Bouisson hace ver la analogia que existe con el labio-leporino y no la considera sino como una transposicion.

La hendidura comisural, como las otras cisuras labiales, puede presentar distintos grados, desde el simple alargamiento, hasta la estension á la region auricular en el sentido transversal y en el oblícuo hasta la region parpebral. Interesando por consiguiente en el 1er caso todos los músculos de esta parte y especialmente puede comprometer el conducto de Stenon y hacer que la saliva se derrame al esterior, alterando la nutricion. En el 2º caso puede llegar hasta el párpado inferior afectándolo de coloboma, como en los casos citados por Fergusson y Guersent. Esta forma puede tambien ser simple ó doble.

En todos estos casos, aunque la vida pueda conservarse apesar de una deformidad tan notable, sin embargo la arcada dentaria quedando al des-

cubierto trae alteraciones que es necesario corregir por los procedimientos operatorios.

b. *Cisura labial inferior*. Aquí nos encontramos en igual caso que en la division mediana del labio superior. Negada por varios cirujanos entre ellos Cruveilhier que dice que jamás existe, ha sido constatada por eminentes autoridades. Tronchin, consultado por un individuo con labio-leporino inferior, que habia llegado al marasmo á causa de la pérdida constante de saliba, aconsejó la operacion con buen resultado, Beclard, Conromé, Meckel, Seiliger, Demarquay y Bouisson, refieren casos análogos. En las piezas anatómicas del museo de Strasburgo existen fetos con esta deformidad.

Por otra parte, la posibilidad de su existencia está comprobada por los datos que nos suminis tra la embriologia y su existencia en la parte media está aun mas conforme cen estos mismos datos que mas tarde estableceremos. Puede estenderse mas ó menos como en las otras formas.

Su existencia de cualquier modo que sea, trae mas trastornos á la economia que la del labio superior; porque deja fluir continuamente la saliva y altera de un modo notable la nutricion. La reunion mas pronta de los puntos de desarrollo, hacen menos frecuente esta deformidad. Y á este respecto dice Boynier que siendo tan perjudicial esta cisura, la naturaleza misma parece re-

velar un instinto natural á la conservacion haciendo menos posible su existencia en esta parte.

2º *Labio-leporino complicado*—En esta deformidad no solo las parte blandas están divididas sinó tambien ataca profundamente los elementos de la cara que son atrofiados, separados ó divididos en grados diversos respondiendo á una perturbacion mas general del acto formador.

Por lo comun es el labio superior su sitio, cuyas partes blandas se encuentran tambien divididas: sin embargo hay ejemplos aunque raros de su existencia en el labio inferior. Parise cita uno, cuya cisura comprendia el maxilar inferior separándolo en dos partes laterales reunidas por un tejido fibroso, la lengua era bífida. Faucon trae otro caso; y el que Pelvet refiere es mas bien un labio-leporino comisural complicado.

Aquí nos ocuparemos solamente del superior por ser el que se presenta en la mayoria de los casos. Pero antes de entrar á hacer su descripcion siguiendo las reglas que nos hemos impuesto creemos conveniente, á ejemplo de casi todos los autores, decir algunas palabras de las partes que constituyen esta region.

Tomamos de uno de ellos el resúmen que sigue:

La cavidad bucal está separada de las fosas nasales por un tabique, en parte membranoso y en parte óseo; la 1ª está formada por el velo del paladar; la 2ª está constituida de cada lado y de

atrás adelante por la porcion horizontal del hueso palatino, la apófisis palatina del maxilar superior y el incisivo ó palatino anterior.

Estas diversas piezas óseas soldadas en el estado normal en la línea media con las del lado opuesto forman una ranura en el cual es recibido el vómer. Así constituida la bóveda ósea se encuentra limitada hácia atrás por el borde posterior de la porcion horizontal de los palatinos que dan insercion al velo del paladar; lateralmente al reborde alveolar del maxilar superior correspondiente el cual soporta los dientes molares y caninos; y por último hácia adelante por el borde alveolar de los huesos incisivos ó intermaxilares que soportan los dientes incisivos. Hácia atrás de la arcada alveolar sobre la línea media se ve el conducto palatino anterior que al principio simple y único, se bifurca superiormente y se abre por un orificio en cada nariz.

Los huesos incisivos; intermaxilares ó palatinos anteriores, desempeñan un rol importante en el labio-leporino complicado. Negados por algunos han sido comprobados por otros, especialmente por Henry.

Los huesos intermaxilares son en número de dos, situados á cada lado de la línea media. Estas piezas óseas siempre independientes de los maxilares superiores en los cuadrúpedos, comienzan á soldarse desde el segundo mes de la vida intrauterina en el hombre; la reunion se hace entre

el cuerpo del maxilar y los huesos incisivos y despues entre este último y la bóveda palatina, y que conserva con frecuencia durante toda la vida la señal de esta sutura, oblícuamente diriji da del borde alveolar al agujero palatino anterior.

Con estas nociones podemos abordar al estudio del labio-leporino complicado. La division de las piezas óseas puede limitarse á la parte anterior de la bóveda palatina y no traspasar el condncto palatino anterior.

Constituiremos con esto una variedad que le llamaremos con el autor cuya clasificacion seguimos, *cisura labio-alveolar*. O bien puede prolongarse hácia atrás y estenderse ya sea sobre la bóveda palatina ya sobre esta y el velo del paladar denominándose entonces *cisura labio palatina*. A esta podemos agregar otra variedad que consiste en la pérdida de algunos elementos de la cara.

Cisura lábio-alveolar — Consiste como dejamos dicho en la prolongacion de la hendidura hasta el agujero incisivo. Puede ser uni ó bi lateral, siendo mas frecuente la primera. En uno y otro caso la cisura sigue generalmente el intesticio que separa los incisivos del maxilar superior correspondiente, teniendo una direccion de delante atrás y de fuera á dentro. Puede tambien situarse en la línea de separacion del incisivo esterno y el canino.

Algunas veces suele presentarse una complicacion que consiste en una salida hacia fuera de uno

de los lábios de la solucion, existiendo un desnivel entre ambos.

Cuando la division es doble hay separacion de la union de los maxilares con los incisivos, encontrándose estos aislados en toda su estension, ecepto por arriba que están adheridos al tabique de los fosas nasales; de modo que forman una V cuya base mira adelante y el vértice corresponde al aujero palatino anterior.

Los movimientos que se ejecutan especialmente los de la lengua hacen sufrir al lóbulo medio un movimiento de báscula, que cambia la direccion de los incisivos, dirijiéndolos hácia adelante.

La cisura lábio-alveolar uni ó bi-lateral suele complicarse con la falta de osificacion de la bóveda palatina que no está representada por la mucosa.

Esta es la transicion que nos conduce á estudiar el segundo grado.

Cisura lábio-palatino—Esta deformidad como la anterior, puede ser única ó doble.—La primera es la mas frecuente y su localizacion al lado izquierdo lo es aun mas. La hendidura estendiéndose en el sentido antero-posterior comprende el velo del paladar que lo divide, estableciendo por consiguiente una comunicacion entre la boca y las fosas nasales, donde penetra la lengua y se pasea por estas dos cavidades.

Hay una falta de simetria entre las partes del lado izquierdo, que la suponemos afectada, y

del derecho: en el primero se encuentran como atrofiadas, disminuida de volúmen, mientras que en el derecho, sus huesos pueden adquirir mayor dimencion y hacer una salida mas prominente. En esta forma los huesos incisivos, palatinos etc. se encuentran divididos; el vómer se desbia á la derecha donde va á obstruir en parte la nariz correspondiente. Se comprende que esta complicacion debe desfigurar notablemente la fisonomía. La nariz izquierda se encuentra aplastada, su ala sigue la direccion que le imprimen las demas partes. Hay que tener en cuenta esta falta de simetria para adoptar el procedimiento operatorio.

Cuando esta deformidad se encuentra situada en ambos lados constituye una complicacion mas grave que la anterior. La division puede interesar las mismas partes que hemos descripto en la otra forma; el vómer se encuentra libre en su parte inferior.

Si las hendiduras son muy pronunciadas por la falta de desarrollo de los apofisis palatinas, la deformidad es considerable y puede comprometer la vida. Existe una verdadera cloaca buco-nasal ó lo que los franceses llaman *Guarde de loup*.

En esta cisura lábio-palatino, doble los huesos incisivos están aislados en medio de las ramas, teniendo solamente el vómer por una especie de istmo. Este desórden en las piezas que constituye el armazon de esta parte pueden dar margen algunas veces á la salida de los huesos intermaxi-

lares y la insercion del lóbulo medio en la punta de la nariz, agregando una complicacion mas.

La fisonomía tiene una espresion muy desagrable y lo es mas cuando comunica con la cavidad nasal; las alas se alargan y la forma de la nariz cambia. En la cara su diámetro transversal se ensancha, los párpados toman una direccion oblícua, la boca se agranda y el maxilar inferior tiene sus ángulos mas separados. El juego fisiológico de los músculos de la cara está alterado. La succion no puede operarse, la risa, los gritos etc. lo desfiguran completamente.

En cuanto á la division media del lábio superior como á su tribifidez admitiremos con el Sr. Bouis son su posibilidad teóricamente, pero que aun faltan hechos para comprobarla.

No sucede lo mismo con la division de otras partes del esqueleto oseo sin que se manifieste al esterior: se citan varios casos en que el paladar estaba dividido sin interesar en nada la arcada alveolar.

Cisura con ausencia de los elementos de la cara. Acabamos de describir el lábio-leporino en sus distintas formas; pero aun nos quedan otras que podemos considerarlas como anexas. La ausencia del lábio superior, la falta completa del lóbulo medio en las diviciones dobles, y en este caso el lábio y los huesos inter-maxilares faltan, no hay por consiguiente una cisura, sino mas bien una escavacion; la falta tambien total o parcial de

otros huesos que forman el esqueleto de la cara. Todos estos casos aunque enlazados, con los formas descriptas anteriormente, por su orígen; pertenecen á otro órden de monstruosidades, que exigen procedimientos operatorios distintos para correguirlos.

II

ETIOLOGIA

La tendencia del espíritu humano á esplicarlo todo, ha hecho que a medida que se han ido presentando ú observando ciertos fenómenos especialmente en medicina, se hayan emitido hipotésis mas ó menos aceptables. Basadas al principio todas ellas en la imaginacion de sus autores ó en la tendencia á generalizarlo todo se han ido sucediendose una á otra, á medida que la ciencia ha progresado. Pero tenemos que llegar á la época en que los hombres echan á un lado todas estas esplicaciones de la imaginacion y buscan á toda costa arrebatar á la naturaleza sus secretos por medio de la observacion y la esperiencia, única fuente que podia dar resultados prácticos. Por estos medios vemos descorrer el velo que por tanto tiempo habian ocultado ciertos fenómenos íntimos.

Para esplicar el orígen del lábio-leporino, tambien se han emitido hipótesis, edificadas sin base

sólida, cuando se carecia de los conocimientos necesarios, ó bien han querido adoptarlos á las de otras anomalías. Esto en vez de dar luces sobre la materia ha venido á embarazarla mas. Y solo encontramos una esplicacion satisfactoria en estos últimos tiempos, en que siguiendo el óvulo desde su salida del ovario, se le ha acompañado en sus distintas evoluciones y sorprendiendo á la naturaleza en su trabajo formador; constituyendo así el modo de desarrollo del feto, se ha presentado una base mas exacta para darnos cuenta de la etiologia de la cisura congenital. Pero sin embargo falta todavia la última palabra como veremos mas tarde.

Voy á enumerar á la ligera las varias teorías emitidas.

1° *Causas mecànicas.*—Estas producen el labio-leporino accidental; pero su influencia es muy dudosa en el labio-leporino congénito. La opinion de Jourdain que atribuye esta anomalía á una desgarradura hecha por el feto mismo con sus puños, carece de todo valor. Lo mismo la de Os-siander que supone una membrana estendida delante de los maxiliares y un líquido que cayendo del cráneo á las fosas nasales y boca despues de haber atravesado el etmoides rompe la pretendida membrana y ocasiona la cisura labial. La de Tenon Vrolik y Nicoti atribuyéndole á la lengua un rol mecánico en la produccion del labio-leporino, no tiene hoy razon de ser, pues sabemos que la

lengua mas bien cede á la presion de los huesos como lo observamos en la cisura doble complicada, que el vómer le imprime una depresion.

Haller supone que el separamiento accidental de los huesos maxiliares puede distender y desgarrar los labios. ¿Pero esta separacion como se produce? es precisamente lo que hay que demostrar. Por otra parte el aproximamiento primitivo de estos huesos es contrario á los datos de la embriología, y su separacion ulterior está lejos de ser constánte en el labio-leporino simple ó doble. Y dado caso que fuese así la desgarradura sería única y ¿como esplicar los multiples?

2º *Bridas, adherencia anormales.*—De esta causa no me ocuparé porqué la observacion y los datos que hoy poseemos prueban su dudosa influencia en la prodnccion del labio-leporino.

3º *Influencia de la imaginacion de la madre.*—La ciencia moderna, dice Bouisson escluye cada vez mas, lo maravilloso para aceptar los resultados prácticos y racionales: sin embargo, algunas observaciones confirmando al parecer esta influencia, han hecho que autores respectables unan su nombre á ella. Si ha sucedido esto, son hechos que solo nos los podemos esplicar por rara coincidencia; y sobrs todo cuando la contraria existe en la mayoría de los casos. Y ademas como darnos cuenta de este fenómeno? La influencia de la inmaginacion de la madre tiene lugar generalmente cuaudo el feto tiene algunos meses, es de-

cir, cuando está formado, por consiguiente tendría que hacer la naturaleza un trabajo retrogrado, lo que no se puede admitir.

Las relaciones que algunos cirujanos han querido aceptar cntre la madre y el feto por medio del sistema nervioso ó la sangre, para que las impresiones de aquella puedan repercutir sobre este, y de este modo esplicar esta influencia sobre la produccion del labio-leporino, carece hoy de todo valor; pues sabemos que en los primeros dias, que es cuando se efectúa la cisura congenital, estos elementos no están aun formados.

4º *Alteracion primitiva del germen.* — Es una causa que podemos suponerla y que aun puede admitirse en teoría; pero en la práctica es difícil su comprobacion. Dice, el autor ya citado, que una opinion antigua y que no ha perdido del todo su crédito hacia depender las cisuras labiales y otras monstruosidades de una alteracion primitiva del gérmen. Esta idea ligada á la teoría fisiológica de la evolucion no es indigna de toda consideracion y no se podrá negar, añade, que no existe en el momento de la fecundacion una impresion que obra alguna vez sobre el desarrollo anormal del producto, como sobre sus carácteres normales de la especie, raza y temperamento.

Así, se dice, que en la herencia aunque los padres son estraños, si podemos llamarlo así, á lo que se pasa despues del acto fecundador, sin embargo, le imprimen al nuevo ser, sinó la altera-

cion al menos la predisposicion á tal ó cual deformidad.

Estas, como he dicho anteriormente, son teorías que la práctica no ha demostrado todavia.

La influencia *hereditaria* no lo está mejor comprobada y la ciencia no le permitc aun, figurar como causa cierta, apesar de existir ejemplos, que en una misma familia varias personas eran afectadas de labio-leporino, ó sucederse de padre á hijos y en dos y tres generaciones; pero necesimos otros mas y mejor comprobados que vengan en su apoyo.

5º *Enfermedades intra-uterinas*.—No podemos considerarlas como causa de esta afeccion. Si bien algunas enfermedades del feto pueden producir ciertas deformidades, nunca constituyen un verdadero labio-leporino.

6º *Detencion de desarrollo*.—Llegamos á la teoría mas aceptada por los anotomistas modernos. En efecto, nada parece mas natural que considerar las cisuras labiales como un estado permanente de una época determinada y poco avanzada de la vida intra-uterina.

La idea no es nueva, segun lo dice el Sr. Bouisson; pero faltaban los datos exactos en que apoyarla. Así Pareo ya la diseñaba considerando esta monstruosidad como una falta de fuerza formatriz. Hervey le atribuian á la influencia de un desarrollo imperfecto.

Autenricth dice que la division labial y palatina

resulta de la falta de aproximamiento de los huesos inter-maxilares con los sub-maxilares.

Blumenbach llegó á decir que el labio superior se desarrollaba por tres puntos. Mas tarde Mekel y Blandin que eran cuatro los puntos de desarrollo; pero la evolucion que le atribuian estos autores no era del todo exacta. Y este punto de embriologia no ha adquirido su precision y claridad sino despues de los interesantes trabajos de M. Coste.

Voy á hacer una ligera narracion del desarrollo del feto para despues aplicarlo al modo de producirse el labio-leporino.

Al llegar á la tercera semana existe en el embrion los dos capuchones, el caudal y el cefálico, formado á espensas de la hoja serosa del blastodermo. Del segundo se desarrolla la cabeza, el cuello y pecho. Mas tarde este mismo capuchon cefálico presenta tres partes, una medía y dos laterales

La media se dirije abajo tomando la forma de una prolongacion triangular, de vertice truncado, destinada á formar la frente, nariz y labio superior, se la denomina *boton medio* ó *frontal*. Las dos laterales colocadas debajo y hácia fuera de la anterior, contienen los rudimentos de las dos mandíbulas, que van á encontrarse la una con la otra por debajo del boton frontal; presenta de cada lado un boton maxílar inferior cuyo desarrollo es muy rápido, tanto que en esta época la mandíbula

inferior es muy aparente, mientras que la superior no se diseña sino por una eminencia ó boton maxilar superior, encontrándose un poco mas arriba y atrás.

Constituido así los tres botones. circunscriben una especie de abertura bucal, cubierta aun con una membrana mucosa que á los 25 ó 28 dias desaparece. El boton central ensanchado se divide en dos mas pequeños llamados por Corte *botones incisivos*, á espensas de los cuales se desarrollan los huesos incisivos y la porcion media del labio superior.

Los botones maxilares inferiores se encuentran ya reunidos en la línea media; y los superiores aumentan de volúmen, converjen el uno hácia el otro y se aproximan de cada lado del boton incisivo correspondiente, alcanzándolos á los 35 dias. Entonces parten dos prolongaciones de su parte posterior que se dirije la una hácia la otra para formar la bóveda palatina, estas son las eminencias palatinas.

A los 40 dias los dos botones incisivos, en cuyo espesor están desarrollados los huesos incisivos, se unen el uno al otro de arriba abajo en la línea media y completan por su yuxta posicion al lábio superior en su porcion media. Al mismo tiempo concluye de desarrollarse el tabique vertical de las fosas nasales, la bóveda palatina, etc.

Ahora bien, con lo que dejamos dicho, podemos entrar á la segunda parte, es decir, darnos cuenta

del modo de produccion de las distintas formas de labio-leporino. Todas ellas responden á una causa, la detencion de desarrollo en una época mas ó menos lejana.

Asi por ejemplo el lábio inferior, se desarrolla por dos botones que se reunen muy pronto en la línea media; cuando esta reunion falta, la cisura se produce; pero como esta adhesion es tan precoz, se espone menos á quedar sin soldar, de aqui su poca frecuencia. Tambien por estas nociones nos podemos esplicar que siempre que existe, se la observa en la línea media.

Esto mismo, sabiendo ya el modo de desarrollarse, podemos aplicarlo á las cisuras del làbio superior. Su frecuencia en una ú otra parte del lábio, depende de que los botones que lo forman, se reunen mas ó menos temprano; asi las cisuras laterales son mas frecuentes que la media. Esta se produce cuando existe una detencion de desarrollo que impide la reunion de los botones incisivos que la constituye.

La fisura geniana es el resultado de la persistencia de la hendidura que separa los botones maxilares superiores de los inferiores.

El lábio-leporino complicado en sus distintas formas no se esplica, porque la detencion de desarrollo no solo se limita á las partes blandas, sino que tambien puede llegar á los huesos.

La teoría de la detencion del desarrollo, satisface aplicada al orígen del lábio-leporino. Pero

aún queremos ir mas allá y nos preguntamos ¿de qué depende esta detencion de desarrollo? Hipótesis como la que hemos enumerado de las causas mecánicas ete., se han vertido para esplicarla. Serres lo atribuia á que las arterias no nutrian bien esa parte de los lábios, es decir, que existía una falta de nutricion; pero precisamente cuando se produce la detencion de desarrollo es en una época que el feto se nutre por su primera circulacion, es decir. blastodermica y los vasos se forman mas tarde junto con los tejidos, por consiguiente esta hipótesis falla por su base.

No es mas exacta la que atribuye una influencia poderosa á los nervios en la detencion del dosarrollo.

Hoy no podemos avanzar mas; y nos contentaremos con ver confirmado, que la deformidad que nos ocupa, tiene su punto de partida en una detencion de desarrollo de la parte. El modo como se produce, su causa íntima, nos es desconocida y esperamos que trabajos ulteriores vengan á iluminar este punto, que permanece oscuro en la etiología de esta deformidad.

III

TRATAMIENTO

Todos los cirujanos están conformes que para la curacion del lábio-leporino se requiere una operacion; pero ántes de entrar á detallarla es conveniente tocar algunas cuestiones previas. Empezaré por decir algo sobre las indicaciones y contra-indicaciones de la operacion.

Motivos de distinto órden influyen para decirse por la operacion del lábio-leporino. El hecho solo de la deformidad que afea tanto á las personas y sobre todo cuando es complicado, es ya un justificativo de la operacion. Su situacion en la parte mas visible de la cara, donde reside la espresion y la belleza, lo desfiguran completamente influyendo sobre el estado moral de la persona que llega hasta hacer cambiar su carácter volviéndolo taciturno colérico etc.

Su educacion y sociabilidad están comprometidas, á tal punto, que M. Velpeau dice haber observado:

que en los individuos afectados de labio leporino, su inteligencia estaba ménos desarrollada. Y si dejamos llegar al niño al uso de la razon y mucho mas á las niñas, donde como dice muy bien M. Bonisson, la coqueteria sobrepasa al valor ó coraje, vemos á ellos mismos solicitar versel ibresde tal deformidad.

Pero en la mayoria de los casos los parientes y principalmente los padres son los primeros en hacer correjir este defecto en sus hijos. A tal punto que Vermeuil encuentra hasta cierto modo un justificativo á los cuatro malos resultados de operaciones, practicadas en los primeros dias del nacimiento y que solo lo hizo debido á las respetidas instancias de los padres; en una observacion que citamos se verá que el Dr. Pirovano se vió tambien obligado hasta cierto punto, á operar pero sin tener que lamentar la desgracia de Verneuil. Por otra parte el amor propio de la madre parece comprometido. Y la creéncia que por lo general tienen estas de que la vista de esta monstruosidad influye en los hijos sucesivos, no deja de inclinar la balanza, algunas veces, á favor de la operacion. Además de esto, influye de una manera poderosa la decision del cirujano.

Pero aparte de estas causas, que podemos considerarlas como orígen de una operacion de complacencia, existen otras de un órden mas elevado y que ataña mas directamente la responsabilidad del cirujano; estas son las que comprometen la exis-

tencia en los niños de poca edad, cuando la deformidad es tal que dificulta ó impide la succion; trayendo por consiguiente una perturbacion notable en su nutricion y los predispone á ciertas enfermedades como el coriza, muget, etc·

Hemos visto que el lábio-leporino inferior y el geniano podian producir la pérdtda constante de saliva y comprometer tambien la nutricion. Los actos fisiológicos que deben producirse bajo la condicion de una organizacion regular de la boca, se encueetran comprometidos: así el ejercicio de la palabra está impedido. La accion de los músculos no encontrándose nutralizada por el orbícular que se halla dividido, la mayor parte de los movimientos son imposibles y cualesquiera de ellos aumenta la deformidad. Todas estas son indicaciones que nos deciden por la operacion, sin olvidar por cierto una de las principales y es los buenos resultados que generalmente dá.

Toda operacion quírurgica que no sea de impresindible necesidad para el mantenimienta de la vida, no debe efectuarse cuando las condiciones que rodean al operado son malas y pueden traer complicaciones funestas, así la operacion del labio leporino está *contra-indicada* (salvo recesidad urgente), ya sea por la insalubridad del medio que se encuentra, ya por enfermedad rianante de caracter epidémico, como erisipela, fiebres europtivas, afecciones catarrales, coqueluche etc, ya tambien porque las personas encargadas de su cuida-

dos ordinarios no sean aptas, y á este respecto dice Verneuil que él, nunca operará sin poder vijilar de cerca sus operados.

Otra causa de contra-indicacion es el estado local de la parte; asi tendremes presente las deformidades execivas ó cuando existen otros vicios de conformacion que se hacen incompatible con la vida. No debemos descuidar tampoco el estado general del sujeto, las enfermedades accidentales ó hereditarias qne lo alteran profundamcnte, debilitande su contitucion; las afecciones de las vias respiratorias que lo esponen á la tos, el estornudo etc, como tambien curlesquier otra causa que deteriore sus fuerzas. Estos contra-indicaciones se pueden resumir diciendo, que son todas aquellas que se presentan en toda operacion quirurgica y ademas las afecciones que puden traer una pertubacion en las partes operadas, contrariando sns resultados.

Estas causas que dejo apuntadas, no son todas ellas de absoluta contra-indicacion, el cirujano se dejará impresionar por el conjunto atendiendo siempre á la necesidad y al buen resultado de la operacion.

Despues de esto la *edad* considerada por algunos como indicaciones ó contra-indicion, ha dado margen á largas discusiones, para que nosotros le debamos dedican un momento de atencion.

¿A que edad conbiene operar?—Esta cuestion la vemos anuciada por los primeros autores que se

ocuparon de esta deformidad. Asi Pareo, Franco y algunos de su sucesores del siglo XXII y XVIII eran de opinion de no operar el labio leporino hasta que el niño no llegara al uso de la razon, es decir de 5 á 7 años. Dionis Garargeot y otros confirman este modo de pensar, diciendo que á esta edad el niño puede reflexionar, tienen conciencia de su estado y desean por consiguiente verse curado, oye mejor los consejos del cirujano. Por otra parte en esta época los tejidos presentan una resistencia y estensibilidad mas grande que favorece la operacion, no se ven sobrevenir los accidentes nerviosos y las grandes hemorragias.

Pero hácia el fin del sifilo XVII vemos pronunciarse en contra de esta opinion autores eminente, que oponen á estas razones otras no menos poderosas apoyandola en la esperiencia. Ledran pretende que se opere á los niños en la primera edad ó para servirme de su espresion *meme à la mames lle.* Pareille, Ronhuysen, Heisten, operaban de dos á seis meses.—Muys á los diez, otros como Bosch y Lowis se declaran partidarios de la operacion en los primeros dias del nacimiento diciendo que, los labios provistos al momento del nacimiento, de vasos sanguineos que se obliteran en parte, hacen su cícatrizacion mas pronta. El niño no tiene la habitud de la succion, el miedo es desconocido, y sus tejidos son menos retractil. Pero hay que llegar á 1826 para ver defendida y puesta en practica esta opinion. Delmes (padre) practica varias ope-

raciones inmediatamente despues del nacimiento; en uno de ellos afectado de labio-leporino complicado: aviva los bordes con el bisturi y los reune por la sutura ensortijada, á los tres dias fueron quitados los alfileres y protejida la reunion por un vendaje especial. El resultado fué completo y á los 6 meses los maxilares estaban bastante aproximados.

Mientras que este y otros cirujanos se esforzaban en preconizar la operacion en la primera edad de la vida, Bayet y Dupuytien con su autoridad la combatian, invocando sobre todo, la blandura de los tejidos, la debilidad del operado y la posibilidad de las hemorragias. Fué entonces que el célebre parterio P. Dubois comunica á la Academia en 1844 el buen resultado obtenido en 7 niños recien nacidos operados de labio-leporino: en ellos se siguió el proceder ordinario y se empleó la sutura ensortijada: los hilos fueron mudados todos los dias afin de prevenir la seccion de las carnes; no hizo uso de ningun aparato contentivo; los alfires fueron quitados del tercer al cuarto dia—los niños se alimentaron por el pecho.

Dubois deduce de su trabajo lo siguiente: que los niños recien nacidos son dóciles, no tienen conciencia del dolor, no gnardan recuerdo, no tienen movimientos violentos que puedan contrariar la operacion y sus consecuencias, los tejidos tienen una gran vitalidad, y el sueño se apoderan de ellos despues de la operacion, no hay hemorragia ni accidente alguno. La sensibilidad de

los tejidos está disminuida por la prontitud de la adhesion; la alimentacion por el biberon ó el pecho es posible. La operacion es fácil, pronta, segura y los defectos que suelen quedar algunas veces, están disminuidos á esta edad. El aproximamiento de los huesos es mas fácil. La educacion del niño está mejor influenciada.

Los hechos y la argumentacion aducidos por Dubois á favor de la operacion temprana, determinaron á varios cirujanos á seguir su ejemplo. Pero resultados desgraciados señalados por otros con no menos autoridad que él, no tardó en reunir prosélitos en contra de su opinion. La cuestion fué llevada ante la sociedad de cirujia en 1856. Las razones aducidas por los partidarios de la operacion tardía eran con poca diferencia las que hemos citado mas arriba; la indocilidad del niño en sus primeros dias, el poco espesor de los labios, sus tejidos poco consistente que se dejan fácilmente romper y la dificultad en poner bien en contacto los bordes divididos en razon de la poca altura de los labios, la respiracion y la nutricion se encuentran comprometidas por causa de la operacion etc. Pero el mas fuerte argumento era el peligro que corria la vida del niño: Dupuytren decia que operar al niño pronto era aumentar las causas de mortalidad que pesa sobre ellos. Denonvilliers señala las enfermedades á que se predispone al niño. Michon llega á decir que si se opera un labio-leporino complicado

inmediatamente despues del nacimiento, el niño es sacrificado.

Deduciones mas ó menos análogas vemos sacar á otros cirujanos como Velpeau, Choquet, Nélaton y Roux que dice haber visto perecer á niños, cuyas condiciones eran buenas, ya por un empobrecimiento consecutivo á la mala alimentacion ó ya por hemorragias ú otros incidentes.

Pero sobre todo las conclusiones sacadas por los sabios autores de cirujia que se han ocupado largamente de esta cuestion, han ejercido peso á favor de la operacion tardía. Ellos se espresan así..... «de lo espuesto resulta que la operacion reune mas peligro para su resultado cuanto mas se aproxima al nacimiento, por el contrario cuanto mas se aleja de esta época disminuye; por consiguiente, si el cirujano tiene esclusivamente presente la esperiencia y las condiciones favorables, deferirá la operacion á ejemplo de Dionis, Garengeot y Boyer para cuando el niño tenga de 4 á 5 años».

Apesar de estas conclusiones que atribuye tan mal resultado á la operacion precoz, la práctica no las confirma. Periat, en su tésis, trae cuadros estadísticos donde figuran 169 operaciones recogidas de varias publicaciones, de las cuales voy á tomar sus resúmenes.

En el primer cuadro trae 50 observaciones relativas á niños operados, por diversos autores, desde dos horas, hasta un mes despues del naci-

miento. Sobre este número hay 3 muertos, 4 insucesos, 1 insuceso incompleto y 42 curaciones. Veremos mas tarde el valor de esta estadística. De estos 50 casos, 13 eran labio-leporino simple y 37 dobles y complicados.

En el segundo cuadro nos presenta 44 observaciones hechas en niños de dos meses hasta dos años. De ellos hubo una muerte, 4 insucesos, 2 reuniones secundarias y 37 curaciones.—14 estaban afectados de labio-leporino simple y los 30 restantes eran dobles ó complicados.

En el tercer cuadro que comprende las operaciones hechas en niños de dos á cinco años ha reunido 26 casos, dando el resultado siguiente: 1 muerto; 2 insucesos, 2 reuniones secundarias, 21 curacion. Entre ellos, 7 eran afectados de labio-leporino simple y 19 de doble ó complicado.

En un cuarto y último cuadro trae 49 operaciones hechas en individuos de 6 á 23 años. En este caso la curacion es la regla.

Vemos que de 169 operaciones practicadas en diversas edades han dado 149 curaciones, 5 muertos, 10 insucesos y 5 resultados incompletos. Demarquay no le dá mucho crédito á esta estadística, y se comprende que formada de casos tomados de publicaciones, no pueden servirnos para apreciar sus resultados con exactitud. Sin embargo podemos sacar una conclusion general, y es que la operacion del labio-leporino dá por lo comun buen resultado en cualquier edad que se

practique; y aun mas que la operacion precoz no tiene los resultados tan funestos atribuidos por los autores del compendio y otros cirujanos. De esta estadística no podemos sacar conclusiones particulares referente á las distintas edades, por faltarnos datos indispensables para hacerlo.

Pero nuestro trabajo que está basado en 35 operacioues, practicadas todas ellas por el Dr. Pirovano y que hemos sido testigo en su mayor parte, nos permite hacer algunas apreciaciones. El número no es tanto como en la estadística de Periat; pero es mas elocuente, pues han sido hechas por un solo cirujano en el espacio de cuatro años y cuyos resultados aun pueden ser constatados. Los estrechos límites de este trabajo nos impiden hacer la descripcion detallada de todos ellos; y solo mencionaré algunas en las últimas páginas. Ahora voy á englobarlas en un cuadro para poder apreciar sus resultados.

CUADRO de las 35 operaciones de labio-leporino practicadas por el Dr. Pirovano desde 1876 hasta principio del 81 en el Hospital San Luis Gonzaga, en la práctica civil y en el Consultorio Oftalmológico del Dr. Roberts.

Fecha	Edad			Sexo	Variedad	Resultado	Localidad	Observaciones
	Años	Meses	Dias					
1876								
Febrero	6			mujer	Simple	Curacion	Hospital San Luis	
»	2			»	»	»	» »	
Mayo		4		varon	Doble	»	Público	
Julio		8		mujer	Simple	»	Hospital San Luis	
Octubre	1			varon	»	»	Público	
»	4			mujer	»	»	Hospital San Luis	
1877								
Enero	8			varon	»	»	Público	2ª operacion
»		5		»	division paladar	»	Hosptial San Luis	
Febrero	6			»	simple	»	Público	
Marzo	1			»	»	»	»	Operado 8 meses antes
Abril		3		mujer	division paladar	»	Hospital San Luis	2ª operacion
»	1			varon	simple	»	Público	
Mayo	10			»	»	»	Consultorio Dr. Roberts	
Junio		8		mujer	division paladar	»	Hospital San Luis	
Agosto		6		varon	simple	»	»	2ª operacion
Setiembre	1	4		mujer	»	»	»	
Octubre	5			»	»	»	Público	
1878								
Marzo	6			mujer	doble	»	Hospital San Luis	
»	2			varon	division paladar	»	»	
»		4		mujer	simple	»	Público	2ª operacion
Mayo		8		»	»	»	Consultorio Dr. Roberts	
Junio	1			varon	»	»	Hospital San Luis	
1879								
Abril	5			mujer	»	»	» »	
Julio	2			varon	»	»	» »	
»	3			»	»	»	Público	2ª operacion
»		5		mujer	»	»	Hospital San Luis	
Agosto	2			varon	»	»	Consultorio Dr. Roberts	
Setiembre	7			»	»	»	Público	
1880								
Febrero		6		mujer	»	recidiva	Hospital San Luis	
»	7			»	division paladar	curacion	Consultorio Dr. Roberts	
Julio	5			»	simple	»	» »	
Octubre	5			»	»	»	Hospital San Luis	
Noviembre	6			»	»	»	» »	
1881								
Febrero	8			varon	»	»	» »	2ª operacion
»			1	mujer	division paladar	»	» »	

Ahora bien en estas operaciones practicadas en sujetos comprendidos entre *un dia* y 10 años, no ha habido ningun muerto, un insuceso debido á que en la casa reinaba una constitucion diftérica, y 34 curaciones: y es preciso tener en cuenta que varios habian sido ya operados por otros cirujanos. Los resultados de nuestra estadística son muy alhagüeños; y aunque no presentamos muchos casos de labio-leporino complicado, con los citados, podemos apreciar que el éxito de operacion es generalmente feliz en cualquíer edad que se practica, con tal que se haga segun las reglas que estableceremos mas tarde. Por consiguiente, el argumento principal de los que rechazan, *in totum* la operacion precoz no es del todo aceptable.

Antes de concluir este capítulo voy á resumir, á ejemplo del Sr. Bouisson, las opiniones en que se han encontrado divididos los autores respecto á este punto.

La operacion deferida que comprende la edad en que comienza la denticion hasta los cuatro años, es la època mas ingrata, segun el autor ya citado, para el resultado de la operacion. El niño no puede raciocinar bien todavia. Los gritos, el llanto, los estornudos etc., no pueden ser suprimidos por los consejos del cirujano, y por mas que el cloroformo los evite en el momento de la operacion, no es posible en lo sucesivo. La indocilidad general en los niños, las contracciones intempestivas de los músculos de la cara etc. pueden desgarrar

la cicatriz. Por estas razones, siempre que podamos elejir, preferiremos otra edad para la operacion.

Los partidarios de la operacion tardia han fundado su opinion con argumentos en contra de la operacion precoz: son los mismos que hemos mencionado mas arriba, á saber: que los niños no pueden tener las precauciones requeridas para la operacion y sus consecuencias, los movimientos, gritos, etc.; la poca consistencia de sus tejidos, que soportan mal los alfileres; la lengua obedeciendo á las tentativas de succion se encaja en los labios de la herida y destruye ó impide su reunion, la privacion de alimento etc., ponen en peligro la vida en la primera edad, trayendo un mal resultado de la operacion.

Pero la observacion práctica se ha encargado de responder á esta argumentacion, acumulada mas por hábito, que por una verificacion esperimental, dice el mismo autor citado, y se puede comprovar por los resultados que consignamos en nuestra estadística. El nuevo ser es dócil, y la succion no solo es posible sino que es conveniente; y este es el modo de alimentacion que han tenido nuestros operados, sin tener que arrepentirnos de ello. Los alfileres son bien soportados, y aunque así no fuera, la sutura metálica de que mas tarde hablaremos, los remplazan con ventaja.

Ninguno por consecuencia, de los inconvenientes atribuidos á la operacion precoz tienen su confir-

macion en la práctica. Agregemos á esto que la teoria de la detencion del desarrollo nos presta tambien contingente á su favor. La detencion puede no ser terminada al momento del nacimiento. Todas las partes del cuerpo se desarrollan siguiendo las proporciones normales, ecepto el labio y la bóveda palatina donde existe la division que lo hace en menor escala, y atrofiándose despues hacc mas notable la deformidad. Reuniendo sus bordes en la primera edad se le hace participar de la nutricion colectiva y favorece su desarrollo ulterior.

En el labio-leporino simple la operacion precoz es muy sencilla y cuando se hace en la primera edad, no se observa el aplastamiento de la nariz, el separamiento y resistencia de los cartilagos son casi nulos, el desarrollo es mas completo, la forma que adopta el labio se aproxima mas á la normal etc. en una palabra, los defectos que suelen quedar despues de la operacion tardia no se observan. Lo mismo podemos decir para el labio leporino doble ó comqlicado, con la ventaja de que favorece el aproximamiento de los huesos y su crecimiento es mas regular.

Por estas razones y atendiendo los resultados de nuestra estadística participamos de la opinion de Dubois y Bouisson que aconsejan la operaci on en la primera edad de la vida, siempre que nos sea posible su eleccionn.

Una vez resuelta esta cuestion de indicaciones y

contra-indicaciones y decidido el cirujano á operar, aconsejan la mayor parte de los autores, confiar el operado á un ayudante inteligente que lo tenga entre sus rodillas si se trata de un niño, ó en un sitio elevado y la cabeza apoyada en el pecho de un ayudante si es adulto; esto último se ha emguido en el Hospital de San Luis para todos los casos. Debemos tener preparados de ante-mano los instrumentos necesarios, segun el procedimiento que se quiera adoptar. Para el que se ha empleado en los casos mencionados, y especialmente en el Hospital San Luis nos ha bastado, un bisturí recto de hoja angosta muy afilado y de punta aguda, una tijera en iguales condiciones, una pinza de diseccion con estremidadas incisivas, una aguja pasador de Simpson, alambre de plata fino y recocido, tubos de Galli, una aguja curba ordinaria pequeña, con hilos de seda muy finos, cuatro pinzas de Peán.

Todos estos instrumentos perfectamente limpios se han tenido sumerjidos en una copa de una solucion de agua fenicada (5 por 100); como tambien las esponjas y otros objetos que fueran á servir para la operacion. No hemos usado el procedimiento riguroso de Lister, pero se ha sido muy exigente en la limpieza. La tradicional bandeja cubierta con la blanca tela de hilo ha sido escluida de la práctica de aquel Hospital.

Listo ya este material se procede á producir la anestesia por medio del cloroformo hasta el

colapso completo.—Algunos cirujanos creen poder dispensarse de este precioso auxilo por la rapidéz de la operacion y piensan que los primeros dias de la vida es una contra-indicacion para su empleo.

Otros como Holmes y Gialdez etc. dicen haberlo aplicado en niños de mes y medio de edad. Nosotros hemos aplicado ese anestesico, por indicacion del Dr. Pirovano, en un niño que tenia 24 *horas* de existencia con buen resultado como se verá en una de mis observaciones.

Ademas hemos visto administrar diariamente en el Hospital San Luis en todas las edades; usando aun para las curaciones, pudiéndose asegurar que mas de 800 veces se ha empleado sin haber tenido hasta ahora que deplorar ningun caso desgraciado. Así pues, por esta inocuidad del cloroformo y por la inmovilidad absoluta que se requiere para el éxito de la operacion, creemos indispensable su empleo. Los movimientos enérjicos de la cabeza, los gemidos etc. que produce el dolor; hacen imposible una operacion debidamente acabada. El corte regular de los colgajos, la limpieza completa de la herida; y la coaptacion exacta de los bordes cruentos, no pueden efectuarse sin un sueño profundo por parte del operado.

Para emplearlo tomamos las precauciones siguientes; 1°. procurarse un cloroformo químicamente puro, y 2°. Vacuidad completa del estómago.

La púpila es nuestro indicador para conocer el estado de la anestecia química.—Es muy infiel en los niños guiarse por el llamado de su nombre; y poco científico el probarlo por los estimulantes locales, como por ejemplo los pellizcos y picaduras; que se hacen tradicionalmente sobre la piel.

Pero sobrc este punto hay un error que cometen muchos autores y que es preciso salvar. Rabuteau y otros dicen que en el colapso ó anestexia completa la púpila se encuentra dilatada. Sucede todo lo contrario; cuando aquel diafragma se halla en su amplitud el paciente se encuentra sensible.

Este es un fenómeno que ha sido observado por el Dr. Boudin, que cuando cstudiante hizo sobre la materia un estudio concienzudo, escribiendo mas tarde un opúsculo; que desgraciadamente es poco conocido. El Dr. Pirovano nos ha llamado la atencion sobre esto y hemos podido constatarlo siempre, sin ninguna escepcion, en la práctica seguida en el Hospital San Luis.

Boudin y Shiff profesor de Florencia han demostrado de una manera clara y evidente que cuando la púpila está contraida, la anèstesia es verdaderamente quirúrgica.

Producida la anestesia y comprimida las coronarias ya por un ayudante ó por medio de las pinzas hemostáticas, procederémos á la operacion. Pero como los procedimientos á seguir

tienen algunas diferencias segun que se trata de lábio-leporino simple ó complicado, los describirémos aparte para proceder con órden.

Tratamiento del labio leporino simple. Comprende dos tiempo, avivamiento y reunion. Partiendo de estos dos puntos, los procedimientos operatorios han sufrido modificaciones, segun el modo como han creido los autores conveniente efectuarlo.

Avivamiento. En la císura del labio leporino existe una capa epitelial y dermica que es necesario destruirla para que la reunion tenga lugar.

En un tiempo en que los medios hemostaticos eran poco conocidos y las hemorragias el pánico de los cirujanos, se intentaba él vivamente de los bordes de la císura por medio de los cáuticos ya actuales ó pontenciales. Así lo vemos a Albucarsis y sus imitadores destruir la capa epitelial por el cauterio actual; empleándose mas tarde por otros cirujanos el nitrato de plata, antimonio etc. Chopart queriendo ejercer una accion mas superficial cubría los bordes com emplastos vegigatorios. Todos estos medios son defectuosos, ponen en relacion superficies desigualmente dispuestos para el afrontamiento y en condiciones malas para la reunion, siendo su cicatriz muy visible é irregular etc. Hoy está completamente abandonado este modo de avivamiento y se prefiere combertir los bordes, en una herida sangrienta, que su reunion es mucho mas pronta,

segura y mejor, es decir, por medio de las tijeras ó el bisturi.

Largas discuciones se han sucitado para preferir uno ú otro instrumento. Seria estenderme mucho enumerarlas. Solo diré que se ha atribuido a que el empleo de las tijeras producía una especie de machucamiento de los tejidos y que era mas dolorosas. Bell, con sus esperiencias ha probado que el sufrimiento es igual en ambos casos.

Si el cirujano prefiere usar tijeras, estas deben de ser fuerte como las de Dubois y proceder del modo siguiente: tener fija y tensa la parte sobre que se vá á operar y para esto se toma entre el índice y el pulgar de la mano izquierda el borde del labio que se va á incidir ejerciendo una ligera traccion; ó bien podemos servirnos con este objeto de un hilo que pasára por el borde libre de los lábios, de un tenáculo ó mejor aun, que es lo que comunmente se hace, y lo que hemos empleado nosotros, tomarlo con unas pinzas de diente. Hecho esto se tiene la tijera con la mano derecha y de un solo golpe se quita rápida mente,procediendo de abajo arriba, el borde mucoso de la hendidura labial en toda su altura.

Si empleamos el bisturi, que es el que preferimos, haremos como anteriormente; pero practicando el avivamiento de arriba á abajo ya como lo quiere Guillermeau y Ledrau de dentro afuera por transfixion ó como generalmente se hace de fuera adentro. Procediendo de esta manera han

temido que el bisturi podia herir las encías y para evitar esto han propuesto interponer una placa de carton ó madera entre las encías y el lábio. Nosotros no tememos que tal cosa pueda suceder, pues la misma traccion que se hace al tomar el lábio con las pinsas lo aisla completamente.

Cualesquiera de los instrumentos que se adopte, el avivamiento debe ser hecho con mucho cuidado. La parte lateral de sustancia que hay que quitar, sin ser muy considerable, debe comprender toda la parte del borde que es redondeado y rosado, es decir, el borde libre de la hendidura. La seccion debe medir cerca de 2 milímetros sobre la piel. Si los bordes son iguales la exicion lo deberá ser tambien; pero cuando no lo son, el mas corto debe sufrir en su base una pérdida de sustancia mas estensa. La atencion del cirujano debe estar sobre todo en el ángulo curbilineo saliente, que junta el borde de la cisura al borde natural del lábio, para que despues de la reunion no quede una hendidura. En cuanto al ángulo superior se aviva con mucho cuidado.

Si algunas de las arteriolas divididas dan sangre se hace la compresion ó la torcion que basta generalmente, hasta que la reunion viene á ayudar á detenerla.

Hemos hablado indistintamente del uso de las tijeras ó el bisturi para avivar los lábios. Bouissou dice que para la hendidura inferior es mejor el bisturí y las tijeras para las superiores y ge-

nianos. Nosotros preferimos el bisturí, no solo porque la herida es mejor y se puede graduar más bien, sino tambien porque así lo requiere el método que adoptamos.

Ademas cuando la hendidura es muy alta ó existen bridas adherentes que dificultan el libre fuego del lábio, las tijeras no son suficientes y tenemos que cambiar por el bisturí, esto es ya un inconveniente.

Reunion Avivados los bordes de cisura, detenida la hemorragia y bien limpia la herida se procede á su reunion; teniendo presente que el éxito será tanto mas seguro cuanto mas exacto sea el afrontamiento en estension y espesor de las superficies cruentos.

Algunos cirujanos han preconizados, para reunir los bordes labiales, los aglutinantes, diversos emplastos, vendajes, pinzas y aparatos especiales; pero se comprende la inutilidad de estos medios que solo adoptan superficialmente los bordes de una herida. Si bien ellos pueden servir como ayudantes, están desechados por completo de la práctica como medios únicos para la reunion de las heridas; sobre todo los del lábio cuya movilidad requiere un midio mas fuerte y seguro. Hoy están acordes todos los cirujanos en emplear la sutura.

De las distintas suturas la que generalmente se ha usado es la ensortijada. Nosotros tambien la hemos empleado en algunos casos, por

eso voy á hacer una ligera descripcion de ella, reservandome para mas tarde esponer la que últimamente seguimos con el procedimiento operatorio.

Para la sutura ensortijada se requiere agujas ó alfileres é hilos. La forma y el metal de los alfileres han cambiado desde Ambrosio Pareo hasta nuestros dias. El hierro, y cobre que se oxidaban han sido sustituido por la plata, el oro y últimamente por el acero, que es de lo que se uso. En cuanto á la forma unos los quieren flexibles, triangulares ó cilindricos y otros como Thierry propone agujas formadas de dos piezas divididos y en cuyos estremidades se pudieran adoptar placas. Todo esto como lo hace notar el Sr. Bouisson, salvo raras ecepciones, no hacen sino complicar el arsenal operatorio; y bastan agujas de acero, cilindricas y bien pulidas. Respecto al hilo se prefiere el de seda.

Para la sutura se toman con la mano izquierda los bordes ya bien afrontados; mientras que se procura la introduccion de la aguja ó alfiler con la mano derecha, tomado ya con un porta aguja ó una pinza de fijar, La introducion del alfiler se hace por el borde izquierdo á 2 milímetros del borde libre de los labios y á 6 de la superficie cruenta.

El inferior es el que se pone primero: su direccion ligeramente oblicua de abajo á arriba, de afuera adentro y de adelante atrás, de modo

que vá á salir cerca de la mucosa en la union del tercio posterior con los dos tercios anteriores del labio. Entónces el borde derecbo es atravesado en este mismo punto como el precedente; pero en sentido inverso de arriba abajo, de dentro afuera y de tras adelante y la piel queda atravesada en el mismo punto que la anterior.

Así está constituido el primer punto de sutura que un ansa de hilo puesto á su alrededor, aproxima los labios y acaba por completarlo. Un otro alfiler ó más puede ponerse si se cre conveniente. El hilo se enrosca en cada uno de ellos en forma de número 8 y todos atados entre si se cruzan por un otro en forma de x. Terminado este, se corta los alfileres muy largos, en seguida de coloca un pedacito de cera, diaquilon ó lienzo debajo de su estremidad para evitar que se ulcere el labio.

La época á que deben quitarse los afileres se ha señalado entre 4 á 6 dias para el adulto y 2 á 3 en los niños, sin embargo si el contacto de los alfileres produjese una mortificacion de los tejidos se apresurará á quitarlos antes. La estraccion de los alfileres puede hacerse gradualmente. Se debe tener mucho cuidado al quitarlos, con el objeto de no estirar demasiado el labio que vamos á producir la desunion de una cicatriz reciente. Se le imprime á los alfileres un movimiento de rotacion al mismo tiempo que se sostendrá el labio para facilitar su salida.

Algunos cirujanos aconsejan, despues de quitados los alfileres, mantener los bordes de la herida protejidos con aglutinantes, tafetan ingles etc Y cuando es complicado aconseja el Sr. Demarquay recurrir á los bendajes unitivos de Louis, Desault, Boyer, Roux y Mirault (d'Angers) que dice haberle dado muy buenos resultados á él y á Blandin en casos en que la reunion era incompleta. Nosotros no hemos tenido ocasion de emplearlas.

La sutura ensortijada empleada por los primeros cirujanos ha sido combatida por unos y alabada por otros.

La presion que ejerce sobre los tejidos, especialmente en los niños, y los hilos que deben ponerse apretados para reunir bien los bordes de la herida, suele traer una mortificacion ó ulceracion de las carnes y por eonsiguiente un mal resultado á la operacion. Estos y otros inconvenientes hicieron que varios cirujanos recurrieran á otras suturas. Petit se servia de alfileres curbos, á fin de que la presion de los hilos sobre los labios de la herida no la comprimiese sobre un plano recto y resistente, lo que impedia la circulacion y por consiguiente la reunion. Louis hacia un punto de sutura y despues se servia de su aparato unitivo. Hirguier empleaba la sutura enclavijada. Denonvilliers hacia uso de una especie de sutura en placa; y Demarquay dice haber obtenido un buen resultado con su empleo. Gau-

bin se sirve de la sutura entre-cortada: el hilo atraviesa la piel de delante atrás y dc derecha á izquierda; de esta manera el ansa está en relacion con el borde anterior de la herida, mientras que las estremidades donde se hace el nudo lo está con la mucosa, para esta sutura se sirve de sirve de dos agujas. Giraldes emplea la sutura ordinaria, pero con hilos metálicos que le permiten tenerlos por mas tiempo.

El Dr. Pirovano ha adoptado esta última sutura con la modificacion de que mas tarde hablaremos.

Cuidados consecutivos — Concluida la operacion el pasiente debe guardar reposo y silencio, y evitar los cambios de temperatura que lo pueden resfriar, trayendo en consecuencia, la fluxion, tos, estornudo, etc. que vendrian á comprometer el buen resultado de la operacion. Aconsejar á los operados no hacer ningun movimiento con los lábios, no hablar, etc., y si se trata de un niño, procurar distraerlo, para que el llanto y otros movimientos sean impedidos; vigilarlos rigurosamente y aun recomendarles á las nodrizas que en cualesquiera movimiento ó contraccion, le mantengan los lábios aproximados por medio de los dedos aplicados á las mejillas.

Con el objeto de impedir estas causas Roonhuysen propone el privar al niño durante 24 horas del sueño; y otros, dar algunos calmantes en proporcion á la edad. Nosotros no hemos seguido ni

una ni otra cosa, y se ha aconsejado lo que decimos primeramente, es decir, una vijilancia prolija y que de los cuidados depende en gran parte el éxito de la operacion.

En cuanto á la alimentacion, tampoco hemos participado de la opinion de dejar al niño á dieta durante 24 horas. La alimentacion en nada se ha alterado. Si se trataba de un niño de alguna edad, se le recomendaba tomar alimentos líquidos los primaros dias y despues su régimen ordinario. Si era un niño en la primera edad, se le alimentaba como antes, es decir, del pecho de la nodriza. La nutricion del niño debe ser atendida con esmero, porque en esta parte de la vida se hace muy necesaria. Este es el método que se ha seguido en el Hospital Son Luis.

Consecuencias de la operacion.— Accidentes, imperfecciones.—Los progresos que el arte ha hecho en la operacion del lábio-leporino simple han dado tan buenos resultados, que se puede considerar la curacion como la regla. Sin embargo, este feliz éxito llega algunas veces á ser turbado por accidentes mas ó menos graves que sobrevienen en la operacion ó despues de ella, ó bien tomando una forma defectuosa. En la primera indicaremos la hemorragia, inflamaciones de los lábios, ruptura de las cicatrices; en la segunda, la escotadura del borde labial.

Hemorrágia- Este es un accidente que puede sobrevenir en el momento ó despues de la opera-

cion. Por eso decíamos mas arriba, que no debíamos proceder á la reunion de los labios hasta despues de contener la hemorrágia, si la hubiera.

La arteria coronaria es la generalmente dividida y basta la compresion durante algun tiempo ó la torcion para detenerla. Se ha dicho que se podia ligar, pero no es lo necesario y ademas sería agregar un cuerpo estraño que no resultaría en bien. Puede suceder que la hemorragia sea consecutiva y dependa ya de algun resto que haya quedado sin afrontarse bien del lado de la mucosa ó de las divisiones estensas de las adherencias del lábio con los encias. Y en esté caso y tratándose de niños puede pasar desapercibida.

De cualquier modo una hemorrágia contínua disminuye las fuerzas y comprometen la vida del operado. A este respecto tomamos de la tésis de M. Griveaud que trata de los *hemorrágias en la operacion de la lábio-leporin*o lo siguiente: empieza por establecer hemorrágias primitivas y consecutivas, que es uno de los accidentes mas graves de la operacion y puede acompañarla en sus diversos tiempos de avivamiento. desprendimiento, etc. Y añade que puede causar la muerte de varios modos—1° por penetracion de sangre en las vias aereas—2° Pérdida de sangre primitiva ó secundaria muy grande.—3° empobrecimiento causado por esta pérdida. Y concluye diciendo que para detenerla emplearemos los medios ordinarios: pero que debemos ante todo prevenirla y con este ob-

jeto prefiere, en cuanto sea posible; los procedimientos de division no sangrientos para el desprendimiento; galvano-caústico, (Broca), ligadura metálica (Richet) etc.

El Dr. Pirovano apesar de haberse servido siempre del bisturí en los 35 casos operados no ha tenido que lamentar este accidente.

Inflamacion y *sus consecuencias*. La inflamacion es una de las complicaciones que puede comprometer el resultedo de la operacion. Puede empezar por la herida y propagarse á las partes vecinas, afectar la forma erisipelatosa ó localizarse en la boca tomando el aspecto de una estomatitis; ó bien forman absesos en el espesor de los lábios, especialmente en el trayecto de los alfileres, ó tambien inflamarse las partes vecinas propagándose á los lábios.

De cualesquier modo esta inflamacion trae una hinchazon de la parte que se hace necesario, cuando es bastante pronuciada, quitar los puntos de sutura para impedir una estrangulacion ó que se ulcese y mas tarde la gangrena. Como se vé, los tejidos están en malas condiciones para que la reunion se efectúe. Si agregamos á esto la presion ulcerativa de los alfileres que hace formar un tejido inodular, nos encontramos en peores condiciones para mas tarde intentar una segunda reunion. Pero la inflamacion no llega generalmente á tal grado de producir tan fatales conse-

cuencias. Nosotros no lo hemos visto en las observaciones citadas.

Ruptura de la cicatriz. Este accidente destruye todo el fruto de la operacion. Puede ser producido por alteraciones de los tejidos, movimientos irregulares, la toz, los gritos, llanto, estornudo, etc., que hacen poner en movimiento los músculos de la cara. La lengua, como hemos dicho, ha sido considerada tambien como causa de la ruptura de la cicatriz.—No solo al principio de la operacion hay peligro de este accidente sino tambien al sacar los alfileres ó punto de sutura cuando la adhesion no está bien hecha. La ruptura puede ser brusca y completa ó bien gradual ó incompleta.

A varios medios se ha recurrido para impedir este accidente. Como medio profiláctico recomendaba Theremin y Mauget las incisiones verticales ó curbilineas practicadas en las mejillas, con el objeto de producir una relagacion en los tejidos. Pero esto es doloroso y abre las puestas á las inflamaciones erisipelatosas, á parte de agregar un defecto mas, que es lo que procuramos evitar. El Sr. Bonisson propone hacer estas incisiones en la mucosa, siendo muy parcos cuando se tratara de niños, que podia producir hemorrágias peligrosas que pasaran desapercibidas.

Bara impedir que la lengua ejerza una mala influencia en la reunion, se han inventado varios aparatitos; pero el que mejor llena su objeto, á

juicio de Demargnay, es el abaja lengua de Goyrand. Nosotros no lo hemos visto emplear.

Otros aparatos especiales, ya citados, se han puesto en uso, para mantener reunidos los bordes de la herida é impedir su ruptura. Pero no reportan mucha utilidad, segun el Sr. Bouisson, que se espresa así: Los aparatos dispuestos para traer hácia adelante la parte posterior de las mejillas, no pueden obrar sino comprimiendo estas regiones, por medio de pelotas, placas ó compresas graduadas, aplicadas sobre esta superficie. Si la compresion es moderada su utilidad es ilusoria, si es muy enérgica se impide la circulacion sanguínea local; y se ha notado placas gangrenosas en sus aplicaciones prolongadas. Preconiza para salvar estos inconvenientes mantener la union por medio de los dedos por un ayudante inteligente. Esto es lo que he visto aconsejar.

Escotadura del lábio—Hecha la operacion por el procedimiento ordinario, al cicatrizarse hay una retraccion de los tejidos que deja como consecuencia una depresion más ó menos marcada, en el borde inferior del lábio. Esta hendidura es mas frecuente cuando la operacion es hecha tardíamente, que cuando se hace en los primeros dias del nacimiento. Las ramas de la division terminadas en su parte inferior en un ángulo obtuso redondeado, no se prestan siempre á hacer una exicion exacta para poderse adoptar bien los bordes de la herida y constituir sin defecto, el borde

superior de la boca: de aquí su escotadura. Los antiguos cirujanos se contentaban con este resultado: pero esto es un lábio-leporino rudimentario que era necesario corregir. Y para esto se ha modificado de diversos modos el procedimiento operatorio. Voy á mencionar las principales.

Husson propuso que el avivamiento de los bordes se hiciera siguiendo dos líneas curbas que se correspondieran por su concavidad; creia, que efectuándose asi la reunion, el lábio aumentaría de altura y bajaría el borde libre, haciendo desaparecer la escotadura El avivamiento se hacia más a espensas de su parte media que de sus estremidades. Esta idea teórica ha dado mal resultado en la práctica.

Clemot y Malgaigne, preocupados con esta misma idea de evitar este defecto, practican el avivamiento de arriba abajo en ambos lados con el bisturi, sin cortar del todo los colgajos que quedan adheridos por su parte infertor al borde de los lábios. Reunida la herida, estos pequeños colgajos son rebajados y puestos en contacto por su superficie cruenta, reuniéndolos por un punto de sutura; de modo que en vez de una escotadura existe una parte saliente ó boton, que si es muy considerable se puede cortar ya inmediatamente ó mas tarde cuando la cicatrizacion es completa.

Nélaton, adoptando este principiò, hace el avivamiento no á colgajo separado como Malgaigne

sino por medio de nna sola incision, que podemos llamar circular, al rededor de los bordes de la cisura y que invierte en seguida quedando un agujero, Hace la sutura en toda la herida y los colgajos unidos aun por su parte inferior los reune tambien. Esta especie de trompa que queda se puede resecar ó nó, pues dice que tiende a desaparecer par sí sola con el tiempo.

Henry hace las incisiones como Malgaigne pero uno de los bordes está tallado en bisel á espensa de su cara anterior y el otro de su cara posierior.

Se aproxima los bordes y los colgajos se corresponden por anchas superficies oblicuas.

Mirault (d'Angers) ha modificado el procedimiento de Clemot. Si se trata, por ejemplo, de una cisura lateral izquierda ; aviva el borde interno con una direccion un poco oblícua quitando todo el colgajo y refrescando la base del borde al nivel del ángulo redondeado del lábio En el borde externo se talla un colgajo como lo hacía Clemot y Malgaigne y se fija por su cara, cuenta sobre la base avivada del precedente: de modo que el borde mucoso redondeado constituye el borde libre del lábio.

Giraldes propone que en vez dc la sutura ensortijada empleada por Mirault sustituirla por la metálica. De este modo es como la hemos usado nosotros.

Voy á esponer los procedimientos seguidos por

el Dr. Pirovano en les 35 casos, ya citados, de lábio-leporino. Y de los cuales, como se sabe, 27 eran lábio-leporino simple, uni-lateral del lábio superior:— de estos, 19 eran del lado izquierdo y 8 del derecho—15 eran de *un dia* á tres años y 12 entre 3 y 10.

En los cuatro primeros se usó el procedimiento ordinario refrescando simplemente los bordes y uniéndolo con la sutura ensortijada. En tres hubo ercotadura por la retraccion cicatricial.

Desde el principio del 77 para evitar este inconveniente de la escotadura consecutiva, se empezó á emplear el procemiento de Malgaigne. De los 13 en una hubo la separacion ya mencionada y en ninguno de los otros quedó escotadura, existiendo 'por el contrario en 4 un lobulo medio muy pronunciado que despues se tuvo que exindir.

Pero últimamente puso en práctica, el cirujano citado, el procedimiento de Mirault, (d'Angeos) modificado por él y empleado en el Hospital San Luis, que es el siguiente:.

Provocada la anestesia se comprimen ambos lados del velo labial, con dos pinzas hemostáticas, como para producir la isquemia de las coronarias superiores y tomando con una pinza incisiva un pequeño pliegue de la parte mas superior de la mucosa que contornea el borde interno de la division, se exinde completamente formando el borde cruento un ángulo saliente. Se hace igual cosa en el borde externo, pero dejando el colgajo unido

al borde inferior del velo labial, de manera que formara un ángulo entrante, es decir, análogo al procedimiento de Mirault. Y que nosotros reproducimos en las figuras 1 y 2 adjunta, para mayor claridad, que representa el corte dado á los lábios.

Una vez lavadas las superficies traumáticas, se coloca entre ellas un esponja fenicada, dejándola hasta que la herida quedara completamente seca, (1) procediendo en seguida á la aplicacion de las suturas.

Con la aguja pasador de Tompson pasamos el el 1er hilo metálico en la parte superior de la herida (2) desde el límite dël surco noso-labial, hasta el nivel del tabique á cuatro milímetros del borde traumático. Otro hilo pasa en la parte media y el otro en el borde inferior en los límites de la piel con la mucosa.

La penetracion de la aguja es favorecida por un punto de apoyo producido por la pinza erina que pellizca el borde de la herida. El hilo pasa muy cerca de la mucosa posterior.

Pasados los hilos se toman las dos estremidades del superior, se hace una traccion, hasta que los bordes se hallan en contacto procurando que no

(1) Jamás aplicamos ligaduras. Cuando aparecen las estremidades cortadas de la coronarias nos limitamos á hacer la torcion de ellos, evitando en lo posible interponer un cuerpo estraño.

(2) Por esto en el avivamiento producimos una pérdida de sustancia en la parte posterior del orificio nazal.

se haga acabalgamiento. Si el lábio no cede, por impedírselo el filete, se exinde este con la tijera.

Se pasa entre los dos cabos un plomo de Galli y con un alicate ó pinza fuerte, se le toma y se desliza hasta tocar la superficie de la piel, y una vez allí se comprime con fuerza hasta medio aplanarlo.

Debe tratarse, si es posible, que el tubo quede al lado de la herida, sobre uno de los puntos. Igual cosa se hace con las otras dos suturas, no olvidando que la tercera debe tratar, que el ángulo saliente del borde interno penetre en el entrante del borde externo.

Queda el colgajo mucoso que nos servírá para formar el lóbulo del lábio. Generalmente este colgajo es demasiado largo. Esto no importa, porque la retraccion cicatricial hace desaparecer cualesquier pliegue que pueda quedar y evita por lo tanto el hundimiento. En caso que su longitud fuera extraordinaria, se reseca lo que se crea exhuberante.

He aquí como se procede con el colgajo, para formar el lóbulo.

Con una pequeña aguja curba, se pasa por la estremidad del colgajo una seda fenicada, haciendo lo mismo con la estremidad avivada del lábio interno y se sujeta como cualquier sutura entrecortada. Otros dos puntos de la misma especie pasados por la parte anterior, media y posterior del

colgajo, completan la operacion, quedando la sutura como lo representa la figura tercera.

Levantadas las piezas hemastáticas se vuelve á lavar la línea de herida, hasta dejarla completamente seca, y se deja así habierta sin ningun apósito.

A los cuatro ó cinco dias se levantá las suturas sino hay suporacion. (1)

Para levantar las suturas tomamos con una pinza de diseccion el tubo de Galli. cortamos con una tijera con punta, el hilo de plata al raz con uno de los puntos de la piel. generalmente con el más vecino al plomo y hacemos una traccion.

A veces el niño en el llanto produce grandes contracciones de los musculos de la fisnomía, y puede producirse la separacion como nos sucedió con un único caso, y en estas circunstancias es preferible siempre que un ayudante sostenga fuertemenie las suturas, con los dedos pulgares formando punto de apoyo en los arcos alveolares.

Debemos hacer notar quc con la operacion no variamos en nada, ni el sistema de alimentacion del nño ni la manera de alimentarlo.

En la descripcion que acabo de hacer he repitido algunos detclles, pará presentarlos en conjunto y de oste modo dar una idéa mejor del

(1) Cuando se vé supuracion dejamos la soturas hasta ocho ó diez dias, pues los hilos de plata son completamente inocentes.

procedimiento segiudo en el Hospital de San Luis en la operacion del labio-leporino.

Tratamiento del labio-leporino bi-lateral. Si el lobulo medio es grueso, carnoso, de la misma altura que el labio, de forma retangular, libre, sin estar deformado, etc., procederemos como en el anterior. ¿Pero deben operarse las dos cisuras al mismo tiempo? — Unos como Hester, Louis y Roux querian que se operase de un lado primero y despues de cicatrizar este, proceder al otro; otros y especialmente los cirujanos modernos aconsejan opera los dos lados al mismo tiempo; teniendo presente qué el resltado de la operacion es más regular, que los cuidados y demás precauciones que hay que tener en el niño, así como la anestesia, sirven para dos operaciones. Sin embargo si el separmiento es considerable, la tension de las partes (operadas en un solo tiempo) pueden ser una causa poderosa de desunion y entónces mejor es practicar la operacion en dos tiempos. Además, la edad, impresionabilidad é indocilidad etc., son circunstancias que el cirujano debe tener presente para guiar su conducta, prefiriendo, siempre que sea posible, hacerla en un solo tiempo.

Cuando el lóbulo medio está acortado, atropiado, y terminado en punta, debemos modificar el procedimiento operatorio. Avivaremos el lábulo medio en su base, borde y vértice, y en seguida los bordes laterales de la division. Para su reu-

nion suturamos estos dos bordes entre-si en su su parte inferior y el resto con la del lábulo medio; de modo que este viene á quedar encajado en su parte superior. La línea de reunion tiene la forma de Y. Aquí la escatadura es frecuente y para evitarla creemos conveniente adoptar el mismo procedimiento de Mirault (d'Angers).

Tratamiento del labio complicado. Para su tratamiento adoptaremos la misma division que hemos seguido al descubrir sus distintas formas.

Labio-palatino único. — En esta forma los huesos incisivos proyectan hácia adelante la parte del labio que lo cubre, mientras que la otra parte que corresponde á la cisura no encontrando un punto de apoyo dificilmente está en relacion con la precedente. Además el labio está por lo general atropiado del lado de la hendidura, su menor espesor, su altura insuficiente etc., dificulta su union con el del lado opuesto y predispone á una escotadura más desagradable.—La lengua tambien ha figurado aquí, con más razon, como causa de mal resultado.

Si la hendidura es pues considerable y sus bordes son regulares, se procede como en caso de labio-leporino simple; que esto mismo hará aproximar los bordes oseos, sobre todo si se trata de niños de poca edad; y sino más tarde se hace la sutura.

Roux quiere que cuando la cisura es considerable se practique primero la estafilorrafia di-

ciendo que, la avertura bucal agrandada facilita el trabajo al cirujano y el operado sufre menos. Pero Bouisson admitiéndolo para ciertos casos, aconseja, siempre que sea posible, reunir las partes blandas primero; que esto, influye sobre el aproximamiento de los huesos divididos, como lo hemos observado tambien nosotros. Y que mas tarde se puede hacer la estafilorrafia con mas seguridad y mejor resultado.

Pero cuando existe un desnivel considerable entre las dos superficies oseas, como deciamos anteriormente, se tiene que recurrir á una operacion prévia.—Duplay refiere un caso operado en el Hospital San Antonio, en el cual el incisivo unido al maxilar derecho hacía una propulsion, hácia adelante; el maxilar izquierdo por el contrario estaba situado atrás. Avivó los bordes oseos y despues de separar las partes blandas de los huesos subyacentes, fractura verticalmente por medio de una tijera el borde anterior del maxilar derecho cerca del punto de union de este hueso con el incisivo; el fracmento oseo movible quedo adherido á las partes blandas. Dirijiéndolo hácia atrás se reunieron sus bordes avivados por un punto de sutura. En las partes blandas se siguió el procedimiento de Giraldes. El resultado no fué mny feliz.

Con mejor éxito, en un caso de esta naturaleza, practicó el Dr. Pirovano una operacion del modo siguiente: con una sierra á cresta de

gallo cortó la lámina esterna del alveolo y bóveda palatina, despues de incindir la mucosa. Este corte se efectuó como á dos centímetros y medio del borde libre de los huesos. Uno era vertical á la altura de los dos primeros molares mayores y el otro horizontal en la base de la apófisis ascendente del maxilar superior.

En estos cortes de sierra solo se comprendía la lámina externa, dejando intacta la interna y el tejido esponjoso para respetar los vasos nutricios.

De este modo se pudo arquear el hueso sin hacer mucho esfuerzo, y sin producir fractura completa, dándole á aquella parte del esqueleto una forma curba que se confundia con la normal.

Con la misma sierra de cortaron completamente unas laminitas en los bordes verticales de los alveolos como para retrescarlos.

Despues de esto con el taladro de Collin se pasó un hilo de plata grueso y se suturó el hueso. En las partes blandas se siguió el procedimiento á doble colgajo de Margaigne con suturas metálicas á punto entre-cortado.

El resultado no pudo ser mejor: y se comprende, por lo que dejamos espuesto, las ventajas de este procedimiento sobre el de Duplay.

En la cisura alveolo-palatina, hay una falta de simetría en ambos lados de la cara. La nariz se encuentra dirijida del lado donde está la cisura, su ventana ensanchada y el ala de la na-

riz aplanada. Para corregir estos defectos M. Philips atravesaba los cartilagos de la nariz con una larga aguja á cuyas estremidades adoptaba dos pedazos de corcho. Guersant se servia de las piezas que lleva su nombre.

Estos medios pueden prestar algunos servicios; pero comprimiendo la nariz dificulta la respiracion y sobre todo en los niños es muy peligroso, por consiguiente no debe usarse. En una de las observaciones que cito se verá que para disminuir este defecto se ha sacado un triangulito de tejido en la base de la nariz del mismo lado, que al cicatrizarse, se ha retraido y correjido perfectamente esa desbiacion.

Algunos cirujanos han empleado, los aparatos unitivos para reunir los bordes divididos: pero no hay que confiar mucho en sus buenos resultados. Nosotros no lo hemos visto emplear.

Tratamiento de la cisura labio palatina doble.— En esta forma no solo tenemos que atender á la division de las partes blandas y oseas sino que que hay qne tener en cuenta la duplicidad, que embaraza más al cirujano presentándole mayores obstáclos que vencen, para reparar estos desordenes.

La falta de desarrollo que le dá orígon puede producirla de diversas formas, que exijen indicaciones quirurguicas diferentos.

En la division labio-palatina doble es muy excepcional nn tubérculo medio en buenas condi-

ciones como para reunir sus bordes. Generalmente se encuentra atrofiado, y reduce el baton subnasal á un simple vestigio. El separamiento de los bordes es muy considerable, y en este caso es casi imposible hacer el afrontamiento de los labios, pues existe una gran pérdida de sustancia, y hay que recurrir á las partes vecinas, que presten su cotingente para dar una forma regular al labio. Esta es una operacion conocida con el nembre de queiloplástia.

Puede suceder que la insuficiencia del labio en vez de ser en sentido trasversal sea en vertical; entónces el procedimiento de Murault (d'Angers) dá muy buenos resultados.

Los dientes suelen tener una implantacion viciosa que dificulta la reunion. En cste caso hay que hacer la extracion de dichos dientes.

Algunas veces, en labio-leporino doble complicado, el tuberculo medio se ecuentra aislado por todas partes, ecepto en su parte superior que se apróxima hacia el tabique nasal. Los huesos incisivos privados por su parte anterior de toda resistencia que pudiera mantenerlos en su posi ccon normal, tienden á proyectarse hácia adelante llevando con ellos, el tubérculo carnoso subnasal.

Los dientes son tambien desviados de su incesion normal.

Esta forma como la incercion del tubérculo en en la punta de la nariz, hacen la separacion

muy considerable de los huevos y han dado margen á destintos procedimientos operatorios.

Franco propone resecar la porcion del tuberculo oseo saliente por medio de las tenazas incisivas ó una cierra: y despues reunir las partes blandas ya inmediamente ó pasado algun tiempo. Chopart Boyer y Roux son de la misma opinion. La hemerrargía; la falta de una porcion del esqueleto oseo en la parte media de la arcada dentaria trae una depresion del labio que altera la fisonomia; los dientes incisivos se hallan perdidos para siempre. Estas consideraciones ha hecho que algunos cirupanos la deshechen. Ademas Deseault hace notar que aproximandose los maxilares hay en retraimiento en el sentido transveral del maxilar superior y como consecuencia una falta de simetria con el inferior. Las arcadas dentarias no se corresponde, lo que dificulta la maticacion y desfigura la fisonomia.

Deseault inspirado en las ideas comervadoras empleó la compresion gradual y lenta para llevar el tuberculo á su posicion normal. La idea no podia ser mejor; pero no ha tenido resultado en la práctica. Le Fort hasta duda de los buenos resultados citados por su autor; y agrega que esta prominencia osea está sostenida generalmente por el vómer ipertrofiado en su longitud y espesor, por consiguiente se hace imposible su reducion por una venda, ademas de los incomodidades que trae.

Ha sido rechazado este procedimiento de la práctica.

Gensoul, toma el tuberculo con unas fuertes pinzas, lo fractura imprimiéndole una direccion vertical. Pero esta fractura busca puede ir mas allá é interesar el etmoides, yendo á repercutir sobre la base del encéfalo, que pone en peligro la vida del operado.

Blandin ha buscado á sustituir esta fractura violenta y peligrosa del pediculo, por la reseccion parcial del tabique nasal, hácia atrás de los huesos incivos. Para esta ejecucion se sirve de tijeras, haciendo dos secciones la una anterior y vertical y la otra posterior y oblícua de abajo arriba y de delante atrás; de este modo deja un espacio triangular donde se va á alojar el tubérculo que se encuentra movible. La hemorragia del tabique, la retraccion exagerada algunas veces del tuberculo oseo, son inconvenientes que Debrou ha querido salvar manteniendo los huesos en contacto. De este modo dice haber obtenido adherencias fibrosas pero no su consolidacion completa. Le Fort propone aplicar puntos de suturas.

Mirault (d'Angers) practica, con un resultado satisfactorio, la reseccion subperióstica del vómer y la sutura de este hueso al tubérculo medio. Obtiene asi un espacio cuadrado en vez de triangular y aloja y mantiene por un aparato contentivo especial el tubérculo oseo préviamente avivado.

Dupuytren concibió la idea de que cuando el

lobulo estuviese incertado en la punta de la nariz, utilizarlo para formar el suelo del tabique nasal.

Bouisson participando de las ideas de corregir la deformidad por la repropulsion de los huesoe intermarilares, conservando al esqueleto de la cara los elementos que le son naturales, cree que se puede sustituir la incision simple de la estremidad anterior del vómen á sus exision cuniforme.

Nosotros daremos á conocer en uno de los casos el procedimiento que se ha seguido.

En ciertos casos de labio leporino en que generalmente el labio superior es insuficiente para permitirnos hacer una cicatriz regular debemos recurrir á los procedimientos de reinoplastia.

Pero antes de terminar esto, quiero decir dos palabras sobre la curacion natural del labio leporino. Se citan algunos casos de niños que presentaban al tiempo del nacimiento un tejido organizado en el sitio de la cisura, lo que hace presumir un trabajo reparatriz natural. Ahora bien ¿como se ha efectuado este proceso?

Nos es desconocido; pero todo hace prejuzgar que una ulceracion cualquiera haya sido el origen de esta cicatrizacion, que se ha ido haciendo gradualmente desde el vertice á la abertura bucal.

OBSERVACIONES

I

Labio leporino-simple.

1º Maria N. de seis meses de edad fué presentada por sus padres en el Consultorio del Hospital San Luis Gonzaga en Febrero de 1880.

Presentaba una division profunda del labio superior del lado izquierdo que llegaba hasta el orificio nazal del mismo lado; de tal manera que la nariz se hallaba completamente aplanada, persistiendo una division rudimentaria de la parte anterior del paladar.

Anestisiada y tomada todas precaucionet ya dichas anteriormente, se procedió á la operacion estando presente los Drs. Jorge y Cabrera. El procedimiento que empleó el Dr. Pirovano en este caso, es el mismo que hemos descripto con todos sus detalles al tratar del labio leporino simple; por eso nos creemos dispensados de repetirlo.

No hubo accidente alguno que lamentar. A los cuatro dia se levantó las suturas, siguiendo las reglas ya establecidas; la union no podia ser mas perfecta.

Debemos advertir que la alimentacion y el modo de hacerla en nada se varió.

Hemos tenido ocaeion de verla despues varias veces y solo se conocia que habia sido operada por la línea de la cicatriz.

2º A principio de Octubra del año pasado se presentó en el mismo Hospital, Terese E. de 6 años de edad.

Estaba afectada de un labio-leporino simple del labio superior del lado izquierdo: con una direccion hácia el surco naso-labial. Fué operado el 16 del mismo mes.

En este caso el punto de sutura superior se hizo con la sutura ensortijada; en los otros dos, con hilos metálicos, sirviéndonos de la aguja de Simpson, adoptando despues los tubos de Galli etc. igual cosa que la anterior, lo mismo que para los dos puntos de sutura de la mucosa, que se hicieron con los hilos de seda-.

El avivamiento se hizo, como en el caso ya citado mas arriba; hubo una pequeña hemorragia que se cohibió por medio de la torcion.

Se sacó las suturas á los cuatro dias. El éxito fué feliz.

3.º Julio E... de 8 años de edad, domiciliado en la calle de Andes 562—argentino; se presentó al Hospital el 29 de Enero de este año, con un labio-leporino igual al precedente. Habiendo sido

operado por otro cirujano, ahora cuatro años, habia recidivado.

El Dr. Pirovano, en presencia de los Doctores Juan J. Naon, Cabrera, Parera y el practicante mayor interno Señor Aravena, practicó la operacion como en el caso citado; pero como habia una desviacion de la ala izquierda de la nariz, sacó un pequeño triangulito en la base de ese mismo lado y suturó con hilos de plata que sujetó con un tubo de Galli. La operacion duró diez minutos.

A los cinco dias se quitaron los suturas; la cicatrizacion era completa, y el labio bien formado. La desviacion del ala de la nariz estaba correjida.

II

Labio-leporino-complicado.

4.° Luisa V.... argentina, domiciliada en la calle de Cangallo 1.520, de edad de un dia; fué presentada al Hospital San Luis, por su padre el dia 17 de Febrero de este año Presentaba una division labio-palatina en el labio superior del lado derecho; cuya cisura hacia comunicar la cabidad bucal con la nasal; de modo que la lengua podia pasearse en ambas cabidades. La separacion era considerable. La nariz derecha completamente aplanada; su ala estaba colocada en el borde esterno de la cisura, y á cualquier movimiento de los músculos de la cara, que aumentaban

la abertura, era seguido por ella, á tal. punto que tomaba una direccion horizontal.

Esta inocente presentaba un aspecto horroroso. El padre, temeroso de que su esposa viera que habia dado á luz, en vez de ser bien formado, un monstruo, se lo llevó al Dr. Pirovano á las 24 horas del nacimiento

Este cirujano se detuvo un momento cn presencia del caso; y en vano trató de esplicar las conveniencias que habia de esperar algun tiempo para remediar aquel defecto, y del modo como debian de alimentarla. Las instancias repetidas del padre como las intenciones qué se le oyó manifestar, hicieron temer sus consecuencias ulteriores y el cirujano ya citado, resolvió operar.

Estaban presentes los Drs. Naon, Jorge, Cabrera, Parera y Aravana.

Anestesiada y comprimida los coronarios se empleó el procedimiento de Mirault (d'Angers) con las modificaciones seguidas en el Hospital San Luis.

La operacion duró ocho minuto, la sangre que se derramaba en la cavidad bucal era embebida por uns esponjitaas preparadas con este objeto. Una pequeña cantidad de sangre deglutida fué arrojada por un vómito. No hubo ningun accidente.

A los cinco dias se levantó las suturas; habia una cicatriz perfecta, y ya no se veia en el nuevo ser esa deformidad que horrorizaba á sus pa-

dres y se habia convertido en una criatura con formas bastante agradables.

La hemos visto despues y sus huesos oseos divididos están muy aproximados.

No se usó aparato de ninguna clase y se alimentó por el pecho.

5ª N. Montero, niña de 7 años de edad se presentó en el consultorio del Dr. Roberts, en el Hospital de mujeres en Febrero de 1880.

Peresentaba una hendidura muy profunda en el lado derecho del lábio superior. Los bordes del labio, estaban separados por la salida de un centímetro del borde alveolar y bóveda palatina. La division de esta parte osea se hacia al nivel de los incisivos laterales, de tàl manera que uno de esos dientes con los molares formaban una gran eminencia.

El procedimiento seguido en este caso es el mismo que hemos descripto anteriormente cuando tratabamos de esta forma de labio-leporino complicado, es decir, en los casos que existia un desnivel entre ambos bordes oseos.

Los Drs. Roberts, Llavallol y Castillo estuvieron presentes pudiendo apreciar el resultado de la operacion.

Sin tener que lamentar ningun accidente, la soldadura del paladar y alveolos fué completa, así como la de los bordes del lábio dividido.

6ª Observacion del lábio-leporino doble complicado. En Marzo de 1878 se presentó en el consultorio del Hospital de Niños una niña de 6 años con un lábio-leporino doble cuya separacion tendria 2 centimetros, teniendo en la parte media y superior un lobulo oseo del tamaño de un gran garbanzo encima del cual se hallaba un colgajo semi-lunar de piel.

Tomadas las precauciones necesarias y con asistencia de los Drs. Gutierrez Jorge, y Aveleyra, se hizo la reseccion del hueso incisivo, cortandolo en su base con una fuerte tijera.

Se esperó que la hemostasía fuera absoluta para en seguida cortar completamente el borde del colgajo medio, pasando despues al corte de los bordes labiales, siguiendo el procedimiento de Mirault (d'Angers). En esta operacion, como en todas, se trató que el avivamiento de los ángulos sea lo mas completo posible.

Las suturas aplicadas y la herida descubierta permanecieron cinco dias, despues de los cuales se vió la reunion completa.

Estas pocas observaciones que he mencionado ligeramente, bastan para dar una idea de los beneficios que se reportan en la operacion; merced á la modificacion introducida en el procedimiento de Mirault (d'Angers). Modificacion que á primera

vista parece insignificante; pero que es de gn importancia en los resultados, objetivo princ.l del cirujano.

V.º B.º

I. PIROVANO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMÍA—Estructura del aparato circulatorio.

PATOLOGÍA GENERAL—¿Qué debe entenderse por delirio?

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA—Accion fisiológica y efectos terapéuticos del carbonato de ptasa.

PATOLOGÍA ESTERNA—Diagnóstico diferencial de las lesiones traumáticas del encéfalo.

MEDICINA LEGAL—¿Los locos pueden estar ujetos á las leyes penales?

CLÍNICA MÈDICA—Tratamiento del reumatismo articular agudo.

OBSTETRICIA—De la fuerza empleada en obstetricia.

OFTALMOLOGÍA—Indicaciones y contra-indicaciones de la pupila artificial.