

¿Qual a oportunidade operatoria de algumas afeções cirurgicas correntes. nas doenças congenitas da infancia?

pelo

Prof. Nogueira Flores

Catedratico de clinica cirurgica infantil e ortopedica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Sistematizando o clinico as datas das idades nas crianças para praticar operações muitas vezes urgentes e precoces quando portadoras de malformações congenitas mais correntes em pediatria, focaremos apenas as doenças cirurgicas abaixo especificadas por não comportar breves considerações.

Convem ter presente que, em linhas gerais são variaveis o criterio dos cirurgiões, todavia vamos traçar as diretivas um tanto esquematicas seguida pela Escola Parisiense e chefiada pelo Prof. Ombrédanne nos "Enfants Malades" a qual nos tem servido como conscienciosa base de conduta.

E' mister lembrar-nos que as crianças apresentam periodos de resistencia e periodos de fragilidade. O recém-nascido nos primeiros dias da vida oferece até o quarto e quinto dia uma notavel resistencia ás intervenções cirurgicas, se tornando destarte o recém-nascido um terreno adequado ás operações, dir-se-ia um *terreno cirurgico*.

Este primeiro periodo de tolerancia nos parece desaparecer do quinto ou sexto dia. Desde então, durante os quatro primeiros meses da vida o lactente apresenta uma extrema fragilidade e suporta mediocrementemente a anestesia geral, porque surgem em via de regra, complicações pulmonares muitas vezes letais. E este fato, encontra explicação biologica e racional, assentada na observação e na experimentação que, todos os jovens animais são ainda dotados de um sistema regulador termico muito imperfeito. Fica por consequencia o lactente bastante exposto a terrivel complicação — *morte rapida por palidez e hipertermia post-operatoria*. Dispensando, bordar considerações e emitir conceitos, manter discussão a respeito deste problema em pediatria tão debatido pelos mais eminentes mestres, fazemos ponto final por ser materia vasta e não comportar o assunto a estudar.

Exemplifiquemos pois os casos de pequenos angiomas que depois do quarto dia ao quarto mês da vida são justificaveis da intervenção cirurgica e antes desta idade estaria o lactente sujeito ao terrivel acidente-hipertermia e palidez, que a lesão parece predispor. E' de boa pratica portanto não enviar a criança portadora destes embriomas ao cirurgião senão depois das datas — *quatro meses, quatro anos e seis anos*, nas quais

suportam melhor a anestesia geral, o choque operatorio e não havendo o inconveniente de cicatrises desagradáveis.

A proposito das hernias congenitas sabemos que até nesta idade seus tecidos não estão póstos a toda prova de solidez sufficiente para que as restaurações da parede sejam perfeitamente resistentes, é preciso ás vezes desconfiar das recidivas antes deste prazo. E em summa, de modo esquematico: *quatro dias, quatro anos, seis anos constituem tres datas interessantes e bem preciosas para o cirurgião observar nas indicações ou contra-indicações operatorias da criança.* 4

Feita esta introdução, tratemos agora da idade de eleição para a intervenção cirurgica praticada nas afecções congenitas abaixo especificadas: *hernia inguinal, hernia umbilical, ectopia testicular, hidrocele, quistos do cordão, hipospádias-epispádias, imperfuração anal e labio leporino.*

Hernia inguinal. A hernia inguinal, por principio e em boas condições de manutenção pela funda, que é indispensavel ser feita por *funda dupla* para seus devidos fins de contenção e arquitetura, não devem ser passivel de operação, senão aos *seis anos de idade* pelas tres razões expostas por Fèvre, assistente de Ombrédanne: 1.^a a gravidade relativa da intervenção e da anestesia na jovem criança; 2.^a a frequência da recidiva, porque nestes tecidos, muito móles, muito pouco solidos no lactente sobretudo, mesmo se refazendo a parede em um plano unico para dar tecido á agulha, nunca é seguro o successo definitivo; 3.^a a possibilidade enfim de algumas curas espontaneas, eventualidade relativamente frequente para estas hernias. E explica-se o porque e o seu mecanismo de cura da seguinte forma: o canal peritoneo-vaginal pôde se obliterar depois do nascimento, si a hernia for mantida reduzida e a parede se revestir desde então de força e tonicidade, como si houvesse sofrido simplesmente um atrazo em seu desenvolvimento.

Os inconvenientes do metodo são a necessidade do uso de funda, difficil de se aplicar, mantendo muito mal a hernia, ferindo mesmo a pele fragil de uma criança por via de regra desasseiada. A mãe deve se revestir de uma grande paciencia, porque toda hernia com o uso de funda necessita cuidados constantes, sendo ás vezes um grande aborrecimento para o médico que ouve insistentes reclamações por uma intervenção a deferir. Porém, ás vezes sobrevem antes da idade desejavel dos *seis anos* uma indicação operatoria; tal seja uma volumosa hernia inguinal incoercivel, tal seja outra que contenha uma brida epiploica aderente, tal seja ainda outra que determine perturbações digestivas, se beneficiará utilmente de uma intervenção precoce. Contudo, a operação depois dos *seis anos de idade* da criança que constitue o ideal, deve no entretanto ceder lugar a uma intervenção mais precoce, si a criança morar longe de um centro cirurgico.

Neste caso, com efeito o extrangulamento herniario poderia acarretar a morte em um ou em dois dias.

Podemos porém esperar si a criança está em condições tais que o médico e o cirurgião possa ve-la nas 24 horas após os primeiros sinais do extrangulamento. Releva vos dizer que o extrangulamento na criança

é menos cerrado que o do adulto e que as lesões graves da parede intestinal são mais tardias.

Todavia, a criança deve com a maxima urgencia ser assistida pelo seu médico, si a hernia não entra facilmente e completamente quando a criança está no banho morno ou quando for feito o taxis brando não a reduz bem, é urgente operá-la.

Hernia umbilical. Uma variedade de hernia umbilical observada comumente nos lactentes, é a mais simples e a mais benigna em seus efeitos, por via de regra, e salvo uma outra variedade de — *hernia embrionaria* ou *fétal*, do contrario é a mais complicada, maligna mesmo em suas sequencias.

O prognostico da *hernia dos lactentes*, como assim o denominamos para distinguir da *fétal* é bom e tem o aspéto anatomico de um pequeno tumor umbilical, levantando a pêle do umbigo, facilmente redutivel.

Não façais operar cedo por via de regra e por dois motivos: 1.º não é perigosa e nunca se estrangula: 2.º cura-se muitas vezes por si só.

Como se trata com efeito de simples atrasos de desenvolvimento e não de paradas definitivas, muitas vezes a parede se reformará, se constituirá bem solida por si mesmo com o uso da funda de pelóta chata que deve ser convenientemente cuidada. Si a criança não é curada em seis anos, fazei operá-la porque a hernia não se curará mais com funda, ou não parecerá entrar senão para produzir cedo ou tarde, contrariedades ás vezes muito graves.

Quanto a *hernia embrionaria*, sabemos ser de máu prognostico, de aspéto anatomico impressionante pelo seu volumoso tumor, verdadeira monstruosidade com que a criança vem ao mundo.

Não percamos tempo, nenhum segundo de hesitação possivel em esperar, opera-se em seguida. E' todavia uma intervenção por via de regra, de prognostico sombrio senão létal pelo fato de suas multiplas adherencias, principalmente com o figado.

Ectopia testicular. E' de relevancia ter conhecimento que os testiculos podem sofrer uma parada na sua descida desde a posição embrionaria intra-abdominal até sua séde normal no fundo das bolsas escrotaes. Esta demora, esta parada póde ser em um lado ou em ambos os lados e se localisar em um ponto mais ou menos alto do trajéto. Quando a parada se faz abaixo do orificio inguinal externo o testiculo é palpavel.

Si na sua descida os testiculos ficarem acima do orificio inguinal externo e não se póde palpar a glandula, tem-se então a *criptorquidia*. Assim posto pergunta-se qual será a evolução e o futuro do testiculo fóra de sua séde normal. Antes de responder o que acima se formulou, é preciso conhecermos as duas especies de ectopias — a *falsa* e a *verdadeira*. A falsa, é o testiculo oscilante que óra está no lugar, que óra se oculta no anel ou no canal inguinal. Si os dedos, comprimindo de cima para baixo o canal inguinal, expellem facilmente o testiculo para o fundo das bolsas escrotaes, como criterio clinico é inutil fixa-lo. O testiculo descerá definitivamente na puberdade.

Si ao contrario o testiculo não se póde abaixar por esta manobra, é indispensavel fixa-lo.

Em que idade operar? Pelos sete anos, e não esperar demasiado

tarde — pelos *sete, oito anos* o testículo abaixado, desenvolve-se e torna-se muito bélo. Si a operarmos depois de doze anos, a intervenção é mais difícil e o resultado será regular, sinão mediocre; apenas, parece conservar seu valor estético.

Em conclusão, empós a puberdade a estrutura do testículo sofre alterações profundas — exagerada proliferação do tecido intersticial e ausencia completa de espermatozoides. Assim pois, na *criptorquidia bilateral* se observa a *impotencia generandi* e se mantem intata a *impotencia coeundi* e na *criptorquidia unilateral*, tambem conhecida por *monorquidia*, ha integridade da função genital — *coeundi* e *generandi*.

De passagem, se diga que além das deficiencias funcionais o testículo ectopico traz graves inconvenientes — degenerações malignas e acidentales de torção do cordão e além de outros.

Hidrocéle. O hidrocéle, sejam quais forem as suas causas, se observa com relativa frequência.

Os hidrocéles vaginaes se vêm nas grandes crianças, é mister operá-las. Encontramos muito frequentemente nos lactentes: uma veses se reabsorvem espontaneamente, outras vezes desaparecem depois de uma punção seguida ou não de injeção de algumas gotas de alcool, raramente as recidivas e os volumes obrigam a uma intervenção cirurgica, que é preciso nos esforçar de executar antes dos *quatro a seis anos*.

Quistos do cordão. Releva dizer que, em suas linhas gerais, a conduta a ter-se é exatamente a mesma da do hidrocéle.

Hipospadias e epispadias. O médico deve indicar ao cirurgião estas malformações dos individuos ainda moços para desta maneira se decidir, quando terá o hipospado ou epispada tecido suficiente para executar as plastias necessarias.

Nunca se deve esperar, por via de regra, a idade da puberdade. E' pelos *seis, oito e dez anos*, no que tange as formas anatomicas do hipospado (balanços), penianos, escrotais e vulviformes).

Defrontamos com um problema medico-social importante, que não é possivel silenciar aqui — a realização da operação antes da puberdade; tanto por causa das perturbações de ordem psíquicas e funcionais que estes vicios de conformação produzem na esfera genital, como tambem pelo grande perigo das doenças venéreas a que estão expostos no ato de suas funções genesicas.

Operado cedo, para que assim não possa compreender o seu grau de inferioridade causado pela lamentavel afeção congenita.

No *hipospado vulviforme* em que é reconhecido o individuo como macho, a indicação operatoria é formal e nenhuma objecção é formulada pelos pais quando aconselhamos intervir desde a idade dos *seis anos*.

O problema já se torna mais delicado, quando o hipospado é declarado do sexo feminino. Julgamos então, que até a idade de *quinze ou dezoito anos* não haja hesitação possivel: é preciso fazer compreender, declarar mesmo aos pais e de maneira imperativa a necessidade de uma retificação possivel do estado civil, e pedir a cirurgia todos os recursos de que dispõe e que são muitos. E', nessa idade mais avançada, que o interessado tem mais energia para resolver.

O dever do cirurgião é portanto de advertir ao hipospado vulviforme

me educado como sendo do sexo feminino, que não é mulher, que a maternidade em vista da qual sua educação foi dirigida lhe é interdita, que cometerá casando-se como mulher um abuso de confiança, cujas consequências sociais podem para êle serem graves, cheia de imprevistos, e arrastar pelo menos ao — *divorce de plano*, como escreve Ombrédanne.

Si não sofre de impulsão alguma para o desejo genésico e quer continuar uma vida de celibato feminino, não ha razão alguma de lhe impor intervenções cirúrgicas sucessivas que não farão dêle senão “un piètre mâle”, palavras de Ombrédanne.

Si este desejo genésico é bastante desenvolvido para que exija ter uma vida genital qualquer, ha interesse em reconstituir cirurgicamente os atributos de sexo masculino, ficando notavelmente abaixo do normal, e em lhe fazer compreender que é como macho que deve procurar a satisfação de seu instinto sexual.

Imperfuração do anus. Antes de entrar na materia, é mister dizer que o termo imperfuração anal é complexo porque compreende não sómente as *imperfurações anais propriamente ditas*, mas ainda *ausências, atresias de um segmento ano-réctal* ou mesmo de *todo segmento réctal* que podemos encontrar frequentemente sob a forma de um *cordão fibroso*.

O tratamento, o prognostico operatorio dependem essencialmente da forma anatomica da imperfuração.

Sob o ponto de vista operatorio, distinguimos tres tipos anatomicos: 1.º *As imperfurações verdadeiras do anus com existencia de uma ampoula réctal além de um delgado septo avascular ou cutaneo*; 2.º *As atresias do canal anal e de uma parte do réto, porém com ampoula réctal infra-peritoneal*; 3.º *As atresias ano-réctais sem ser mais da ampoula réctal, e só existindo apenas uma ampoula sigmoideá intra-peritoneal*.

Encarando agora sob o aspéto clinico, temos que geralmente a imperfuração anal é manifestada, é verificada imediatamente pelo exame sistematico feito pelo parteiro ou parteira. Raramente isto não se passa assim. Neste caso os sinais funcionais annunciadores são comuns aos diferentes tipos de imperfuração: a criança não expêe seu meconio, no entretanto aprende a tomar liquidos, porém seu ventre incha e imediatamente vomita — são sinais claros e bem denunciadores de *oclusão intestinal*.

O exame fisico indica a ausencia de anus. A região se apresenta diferentemente, segundo os casos: óra vemos uma membrana delgada, pelúcida avascular ocupando o anus normal, o meconio se transparece de côr verde e negra, através desta membrana; ora encontramos o quadro do anus que não existe: uma pequena depressão cutanea é cercada de dobras radiadas e a região é pigmentada; ás vezes enfim, nada vemos que faça lembrar a região anal. Quanto mais as manifestações exteriores do anus são visiveis, tanto mais temos a sôrte de encontrar uma ampoula réctal proxima.

Porém, para esforçar-se por determinar a forma anatomica da imperfuração examinamos a criança no momento em que chóra ou faz um esforço: si a região anal se abaúla, a ampoula réctal está proxima, o prognostico é bom; se nenhuma pressão se transmite ao perineo, devemos receiar uma obliteração alta e grave.

Em todos estes casos a indicação operatoria deve ser feita com urgência após ao nascimento, *se proscrevendo o metodo de punção na ampoula*.

Considerando-se tratar do *sexo feminino*, resulta que a abertura do anus se apresenta com mais frequência na vulva, situada abaixo do hímen e na furecula; é por via de regra, continente e suficiente quasi sempre. E' preciso respeitá-lo cuidadosamente. Não é senão nos casos excepcionaes de insuficiência deste orificio, que seríamos levados a praticar uma dilatação rápida ou mesmo a uma intervenção evacuadora.

O anus vaginal acarreta um problema de ordem moral e os cirurgiões aconselham esperar que a criança chegue a idade núbil e tomar por si mesmo uma decisão, depois de ter sido exatadamente informada dos inconvenientes do anus transplantado, desde que este anus seja continente; do contrario, a transplantação só traria vantagem.

Considerando-se tratar do *sexo masculino* com abertura do réto na uretra ou na bexiga, é mister que se execute imediatamente a intervenção. Aliás, estas *aberturas anômalas* do réto são mais raras que no *sexo feminino*.

Em conclusão, nas imperfurações anais a operação é sempre de urgência.

quanto as aberturas anômalas devemos intervir o mais cedo possível, si o anus for incontinente ou insufficiente, salvo si o anus for continente e suficiente pelo que então, se espera o momento da criança ter atingido a puberdade e que seja convenientemente informada pelo cirurgião sobre a vantagem ou desvantagem da operação.

Labio-lepurino. Releva estabelecer uma classificação que o dr. Godoy Moreira (de S. Paulo) dá em artigo publicado no *Brazil-Medico* de 1931 — Qual a melhor idade para as operações na criança?), em tres graus diversos, dos quais o ultimo abrange tambem a fissura palatina na sua parte óssea e membranosa (guêla de lobo).

Moreira considera importante fixar primeiramente o que se entende por esses diversos graus, pois a conduta do cirurgião varia conforme a extensão da deformidade.

O 1.º grau consiste na divisão do labio de um só ou dos dois lados, sem interessar porém o rebordo gengival; o 2.º grau abrange as formas em que além do labio, tambem o rebordo gengival se acha fissurado, podendo as narinas estar comprometidas; o 3.º grau é constituído pelas fissuras do pálato móle e do pálato duro, além das deformidades dos primeiros graus; esta variedade evidentemente a mais grave, é geralmente chamada “guêla de lobo”, quando a fissura labial é bilateral, e “labio-lepurino completo” quando esta é unilateral.

Moreira ainda declara que esta classificação é demasiado esquemática, havendo por força formas de transição e mixtas, mas é sufficiente para o criterio da indicação operatoria.

A data da idade da criança para intervenção cirurgica nesta malformação congenita visa um duplo fim — *corrigir uma forma e restituir uma função*, e ao mesmo tempo se considera uma preocupação preponderante dos pais e ainda inestimavel para o cirurgião especializado que precisa decidir com a maxima prudencia a operação.

Para execução da operação se faz mister encarar tres tempos no labio-lepurino completo: 1.º *restauração do labio*; 2.º *restauração da gengiva com reajustamento do tuberculo incisivo*, e 3.º *restauração do véo*.

As opiniões a respeito da operação se repartem segundo os cirurgiões e tecnicos. E' principalmente a data da restauração dos véos (pálato duro e pálato móvel) em que existe alguma divergencia entre as indicações de dois mestres igualmente eminentes no tratamento do labio-lepurino — Ombrédanne e Victor Veau.

Ha acordo na restauração do labio; podemos operar a criança muito jovem, em rigor nos quatro primeiros dias da vida, sobretudo depois dos quatro meses, no periodo de resistencia como aconselha Ombrédanne. Este Professor declara que se póde restaurar desde o nascimento uma fissura labial ou uma fissura palatina. Não haverá risco de vida para a criança se operarmos nos *quatro primeiros dias de vida*. A restauração do labio não é difficil em executar. Porém, os resultados obtidos em igual circunstancia fizeram com que renunciasse este Professor a maneira de fazer.

A correção de uma fissura véo-palatina nos primeiros dias da vida não é possivel pelo classico processo de Arbuthnot Lane, que Ombrédanne praticou estas operações antes de 1914; quando tornou este Professor a ver os seus operados depois de 1920, os resultados eram de tal maneira máos, que nunca mais recommençou a praticar o processo de Lane.

Assim, tudo o que se póde fazer é o reajustamento gengival.

Como regra geral, a restauração cirurgica das grandes fissuras congenitas chamadas labios-lepurinos complexos, compreendem tres tempos operatorios: 1.º *A restauração da gengiva fissurada*. Esta restauração nem sempre é necessaria; porém nos casos em que a correção é indispensavel, deve ser executada antes da autoplastia labial. 2.º *A restauração da fissura labial*. Esta deve ser executada na idade de *quatro a cinco meses* e sua tecnica sofrerá modificações, segundo a gengiva a se restaurar previamente ou não. 3.º *A restauração da abobada e do véo*, que podemos executar a partir dos *dezoito meses* na opinião de Ombrédanne nos casos favoraveis, que é preciso saber adiar até aos quatro ou cinco anos nas formas de aplasia muito acentuada.

Victor Veau declara que a melhor idade para operar uma divisão palatina está entre os *10 e 20 meses*.

Antes desta idade aumentam as probabilidades de mortalidade, em póso a esta data diminuem suas probabilidades da formação normal.

Este Professor regista nas suas quinhentas observações de operados, um caso de uma criança muito jovem, (de 3 semanas de idade apenas) por uma divisão palatina e outro de um individuo de muito maior idade, de 32 anos por labio-lepurino unilateral total.

Chama a atenção para o estado geral da criança de modo frisante e essencial: que não se deve operar senão crianças vigorosas; que é indispensavel tomar todas as precauções para evitar, (tanto quanto se possa), uma afecção aguda; que as febres eruptivas devam ser a preocupação do operador; que alguns cirurgiões operam no consultorio e enviam as crianças algumas horas depois da intervenção, — “C'est, je crois, une pratique dangereuse: d'une part ils se rendent mal compte de l'état gé-

néral de l'enfant, et d'autre part, l'opéré devait présenter le *syndrome pâleur et hyperthermie, les soins d'infirmières expérimentées lui seraient indispensables*"; que a experiencia mostra ser as crianças gordas, menos resistentes que as magras. "Le chirurgien doit craindre d'opérer les beaux enfants"; que o estado de *hipertrofia da glandula timica* tem grande importancia na operação do labio-lepurino pela sequencia grave, senão léta, e que as crianças portadoras de *sifilis, de vegetações adenoideas, de hipertrofia das amígdalas* e por fim de *carie dentaria* não se deve intervir sem tratar previamente destes estados morbosos.

Quanto a carie do lactente que não se verifica, que não se observa convido contudo, nunca operar em periodo de erupção dentaria.

A Sra. Suzanne Borel, assistente fonetica de Victor Veau, discipula do Abade Rousselot, creador da fonética experimental, escreve em colaboração com Victor Veau em seu recente trabalho, intitulado *Division palatine (Anatomie — Chirurgie phonétique avec la collaboration de Mme. S. Borel — 1931*, que a idade em fonetica desempenha um papel capital. A sua experiencia está fundada no estudo cuidadoso e metodico da articulação normal, assim como no exame de mais de 400 individuos e a reeducação de cerca de 250.

Drachter em estudos ultteriores feitos na observação da evolução da fissura palatina, que depois da execução dos dois primeiros tempos, (restauração do rebordo gengival e plastica labial), os bordos da fenda palatina que antes eram paralelos, se aproximam na parte anterior.

Os bordos da abertura nesta época convergem anteriormente no palato duro e continuam paralelos posteriormente na parte correspondente ao veu. Mais tarde os bordos do palato mole divergem cada vez mais na sua parte posterior, o que torna sempre maior a dificuldade de fechar a fenda. Por outra parte si esperamos que a criança atinja a idade de 6 anos para se fazer a sutura, ella estará falando ha muito tempo e viciada com a pronuncia anasalada de tal forma que a reeducação completa da voz tornar-se-á penosa e mesmo difficilima. Assim pois a idade de 2 anos, além de corresponder na evolução da fissura á epoca adequada para plastica, coincide tambem com inicio da fala articulada.

* * *

Recapitulando tão resumidamente quanto foi possível fazer-se, de maneira tal a imprimir a feição de esquema, afim de que o médico possa ter direções bastante uteis a reter:

A *hernia inguinal*, se a criança está proxima de um centro cirurgico que atenderia logo ao perigo em caso de extrangulamento, não deve ser operada sinão depois dos seis anos.

A *hernia umbilical embrionaria* ou *fétal* é caso de se operar desde o nascimento, nas primeiras 24 horas.

A *hernia umbilical, dita do lactente* se beneficia sempre de uma aparelhagem qualquer de pelóta chata. Empós seis anos ella não retrocederá mais, não ha outra cousa a fazer, senão operar em ato continuo.

A *ectopia testicular* pelo fato de ser uma ectopia verdadeira, sómente é justificavel de operação, quando por manobras manuais o testiculo não se pode fazer descer no fundo das bolsas.

E' para ella então uma data electiva de intervenção depois dos sete

anos e antes dos dez anos. E' preferivel operar-se cedo a ter que esperar muito tempo.

Os *hipospados* e *epispados* são geralmente apresentados muito jovens ao cirurgião, afim de que se decida a operar, contudo, quando houver bastante retalho para as plastias necessarias. Nunca é preciso esperar a idade da puberdade. E' ainda a idade dos seis anos que constitue uma bôa média.

A *imperfuração* anal é destas malformações congenitas de tal natureza que impressiona os pais do recém-nascido e é preciso o médico ouvir o cirurgião em ato continuo, pois que a operação é de urgencia desde o nascimento, nas primeiras 24 horas. Quanto as *aberturas anômalas do réto* a operação tambem é de urgencia, quando se verificar o caso de se fazer a abertura na bexiga ou na uretra, em se tratando de uma criança do sexo masculino.

No anus vaginal, o caso se apresenta sobre outro aspéto, no que tange a urgencia, é um problema de ordem moral para o paciente e os cirurgiões esperam que a criança chegue a idade nubíl para tomar por si mesmo uma decisão na operação de transplantação que não é de execução immediata ao nascimento.

Labio-leporino. Como finalidade senhores as fissuras labiais, gengivais que são vantajosamente operadas nos quatro primeiros dias da vida, pelo menos depois dos quatro menses.

Quanto a divisão palatina, por via de regra, se deve intervir pelos dois anos de idade porque coincide geralmente com o começo da fala articulada e com o termo da evolução anatomica do defeito da fenda palatina.

Ou então, podeis deixar o caso entregue a um cirurgião especializado para resolver em que data deseja operar a divisão palatina.