

Sub
Aprobada

81-5/A = N 13.

Nº 1157

Tesis de Doctorado:

Basistricia de Farnier su va-
lor e indicaciones.



por

Julio Jimenez de Cisneros y Gavantes.

1891

b 18385461



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315389473

i 25290174



Exmo. Señor.

Obreiro modestísimo de la Ciencia
Médica, hace ya algunos años ven-
go sosteniendo revuelto pugilato en-
tre el destino adverso y mi legiti-
mo anhelo de aspirar un am-
biente más fecundo aquí en
Europa, donde la ciencia ab-

carrera todo su esplendor y lozanía.

Hijos de la Patria y del hogar, vengo a la madre común que a todos nos produjo, a pedirle algo, ya que nada puedo darle y es mi pedido más justificado, cuanto más exiguo son mis merecimientos.

Si no ardiera en nuestra alma el fuego vivísimo de la aspiración; si un deber reglamentario nos no impusie-

se el desarrollo de una tesis para alcanzar el último grado de nuestra carrera, si no creyéramos encontrar entre vosotros, esa virtud, sublime de las grandes que se llama indulgencia, ciertamente renunciaríamos a una prueba superior a nuestra fuerza. Pero esa prueba se nos exige y debemos cumplirla aunque nos sintamos débiles para soportarla.

Nada nuevo podemos

traer ante vosotros que vivís en el
medio mismo donde el progreso
dilata y ensancha a nuestra vis-
ta cada vez más y más sus ho-
rizontes. Nada nuevo puede
deciros, el que ejerce por desgra-
cia en un país donde las espe-
cialidades tienen poca vida
y por el hecho solo de ser Médi-
co todo se le pide, todo se lo exige.
No obstante, consecuen-
te con nuestras aficiones, hemos
obtido por una tesis, que si nada

2

fiere de nuevo y original, es al
menos de la mayor importan-
cia práctica; nos referiremos
a la:

Basiotricia de Farnier su valor e
indicaciones:

I.

El Basiotribo imagina-
do por el Doctor Farnier y que
presentó el mismo el 11 de Diciem-
bre de 1883 a la Academia de Me-
dicina de Paris; se compone de
tres ramas, dos de ellas fenestradas

de distintas dimensiones, y de un fuerte tornillo de reducción.

Su longitud es de cuarenta y un centímetros. Cuando está

articulado y cerrado, su anchura de un lado a' el otro, es de

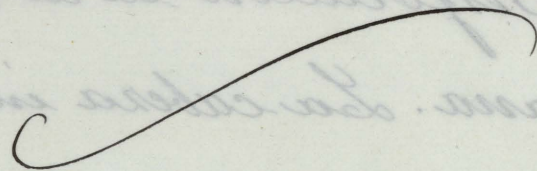
cuatro centímetros, ^{aproximación.} si se le mide de delante hacia atrás, se en-

cuentran cuatro y medio centímetros, en su parte mas lar-

ga cerca de la extremidad de las cucharas. Su peso total es de

1,200 gramos.

2. 207
La rama media o' central, es la más corta y tiene en su extremidad superior un perforador, unida a' la izquierda, queda fija por una aldabilla que está posee en su extremidad inferior, articulada a' su vez la rama derecha la más larga cubre la punta del perforador evitando que hiera los órganos maternos.



II.

Manual operatorio

Como en toda operación, precauciones preliminares y antisepsia rigurosa de las manos, instrumentos y conducto vulvo vaginal.

Describiremos cuatro tiempos en su aplicación.

1.º Perforación de la bóveda craneana. La cabera inmóvil

A

tirada en el estrecho superior por las manos de un ayudante esperto, el perforador fijado solidamente en la mano derecha, será introducido en la parte genital, guiado por dos dedos de la mano izquierda que están previamente en la vagina fijando el punto donde debe efectuarse la perforación; en contacto el perforador con ese punto,

se le imprimirán movimientos de semi rotación, de derecha a izquierda, hasta penetrar en el cráneo, de manera que su punta toque la base sin perforarla. Confiado a un ayudante que debe sostenerla en esa posición, se procede a la introducción de la rama izquierda.

2.º Las mismas reglas que para la introducción de la rama iz-

quierda de un forceps.

Si la estrechez es moderada, se podrá aplicar directamente a la izquierda; pero si al contrario, la estrechez es considerable, será ventajoso dejarla en relación con la sinfisis sacro iliaca izquierda. Bien seguro que la punta del perforador está en contacto con la base del cráneo, se efectúa la articulación fácilmente, si las dos ramas están en el

mismo plano.

En el caso de que la rama izquierda quede colocada hacia atrás, será necesario sostener esta inmóvil, haciendo girar el mango del perforador, para que permita la articulación y una vez hecha se procede a la pequeña trituración o reducción por el tornillo colocado en su sitio ad hoc, acercadas las dos ramas del instrumento, se fija esta

al perforador por la aldabilla que tiene en su mango y se retira el tornillo; siendo suficiente las más de las veces la presión de las manos, para obtener su resultado.

3.º Introducción y colocación de la rama derecha =

Esta rama tenida por la mano derecha y guiada por la izquierda será colocada a la derecha al lado

ó hacia atrás, segun la posición que ocupen las otras dos ramas. Para facilitar su introducción, se puede elevar ligeramente la cabera á favor del perforador y la rama izquierda. La mortaja debe estar á la misma altura que el eje y la rama derecha, en el mismo plano que las otras dos y si no se puede aplicar la última á la estremidad del diame-

tro ocupado por la rama izquierda, será necesario mover la cabera, haciendo la girar por movimientos imprimidos á las ramas, ya previamente introducidas y articuladas se procede á la reducción por el fornillo con gran lentitud.

El movimiento de rotación que debe acomodar el diámetro aplastado de la cabera del feto al estrechado de la pel

vis se produce muchas veces
espontaneamente; si asi
no sucede hay necesidad
de ejecutarlo con gran dul-
zura de derecha a izquier-
da o a la inversa segun la
tendencia del instrumento
a dirigirse a uno o otro lado,
tendencia que lejos de contra-
rriarse debe favorecerse.

4.^o Estracción: Por movimientos
de fracción moderados y conti-
nuos. Si no se logra el enca-

jamiento, se procede a un segun-
do aplastamiento.

Para esto, se retiran las dos
ramas laterales sucesivamente
dejando en su sitio el perfora-
dor para volver a aplicar la
izquierda directamente a la
izquierda y la derecha a la derecha.
Es muy raro que haya necesidad
de hacer una tercera aplicación.

Si despues de la sa-
lida de la cabera hubiese
dificultad para la estrac-

ción del tronco, se recurrirá a la maniobra del Dr. Ribemont Desaignes, que consiste en ir a buscar el brazo más accesible, ordinariamente es el posterior y extraerlo fracturando el humero, si es necesario.

Si nuevas tracciones ejercidas a un mismo tiempo sobre la cabera y este brazo no fueran suficientes para extraer el tronco, se procederá

del mismo modo con el otro brazo y dicha extracción se efectuará con facilidad.

III.

Basiotricia en los casos de presentación de vertice.

Cuando la cabera se presenta en flexión, se debe coger de la frente al occipucio. El aplastamiento puede

ser entonces muy completo;
mas para que esto suceda,
es necesario que las cucharas
queden muy bien aplicadas
segun el plano sagital del
feto, porque de lo contrario, las
cucharas resbalan sobre las par-
tes laterales de la cabera y solo
un fragmento muy pequeño
de la base se encuentra cogido
y aplastado, el ovoide cefalico
en estas condiciones, tiene toda-
via dimensiones muy volu.

7

minosas y una forma irre-
gular, si la pelvis no es muy
estrecha, la extracción resul-
ta solo algo difícil, pero si
lo es mucho, es necesario co-
menzar un nuevo aplasta-
miento de la cabera que se
hace más facil despues de
ejecutado el primero, ahora
bien no siempre estan facil
en la practica la aplicación
regular de las ramas del Basso
tribo a la extremidad del dia-

meto sagital de la cabera y estas dificultades desaparecen cuando se ha hecho ya una primera aplicación de basiotricia, en efecto la presencia del perforador en el cráneo, tiene al principio del aplastamiento, una gran ventaja;

Si se puede en una occipitohiaca izquierda transversal, por ejemplo, aplicar bien la cucharilla izquierda sobre el occipital, una parte de la base

será aplastada durante la aproximación del perforador y esta rama, y quedando entonces la cabera solidamente mantenida, la aplicación de la segunda rama sobre la frente se hace muy fácil.

En este concepto el Basiotribo es superior al Cefalotribo, sin embargo, el resultado no es siempre tan feliz porque es muy frecuente la aplicación irregular de las cucharillas.

ras, cuando la perforación no ha sido hecha en la sutura sagital ó en sus inmediaciones, como acontece cuando la estrechez pelviana es muy pronunciada.

Se puede á veces obviar estos inconvenientes, modificando la dirección del perforador y por consiguiente, de las cucharas, llevando la oliva del perforador más hacia atrás si el orificio de la bóveda está situa-

do más hacia delante, y dirigiéndola hacia adelante si el parietal posterior ha sido perforado.

No obstante, hay casos en que el desplazamiento de las cucharas es casi inevitable, la disposición del instrumento es tal; que la cuchara izquierda debe siempre ser introducida después del perforador y antes que la cuchara derecha.

Por tanto: si el feto se,

presenta en posición derecha transversal y se quiere aplastar la cabera según el diámetro occipito frontal, se debe una vez hecha la perforación, aplicar la rama izquierda sobre la bóveda craneana y la frente. Si la cabera está ligeramente en flexión y el perforador ha sido introducido al nivel de la fontanela bregmática, la cuchara izquierda será aplicada sobre la cara, la presa tendrá enton-

ces una gran solidez y cuando se coloca la rama derecha sobre el occipucio, la base del craneo estará bien cojida y el resultado será satisfactorio. Pero si la cabera está muy en flexión y si el perforador ha sido introducido en las inmediaciones de la fontanela posterior la rama izquierda, que es corta, será aplicada sobre la bóveda y no alcanzará la cara; algunas veces, la oliva del per-

forador no está íntimamente aplicada contra la cuchara izquierda y la pared de la bóveda craneana que escopida y tiene poco espesor no ofrece obstáculo alguno al deslizamiento de las cucharas sobre las partes al nivel de las cuales han sido previamente aplicadas.

La fijación de la cabera de la que hemos dicho las ventajas, no es siempre suficiente (~~para oponerse al resbalamiento~~)

9

— para oponerse al resbalamiento del instrumento cuyas malas consecuencias se deducen.

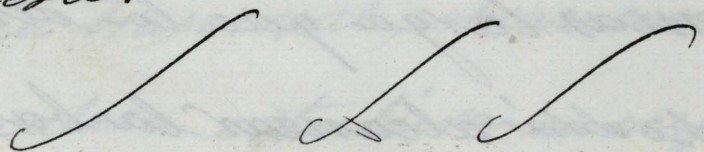
Este inconveniente es aun más fácil de observarse si el feto está muerto desde hace algun tiempo, en el momento de la intervención, porque los huesos del cráneo son muy movibles y no ofrecen un punto de apoyo su-

ficientemente fijo a las dos
ramas primeras del instru-
mento. La movilidad de
la cabeza puede ser tal
que solo un pequeño
segmento de la base sea
aplastado. En fin, las con-
dicioness serian mejoradas,
si se pusiera en los casos
en que la cabeza en flexión
se presente en occipito-iliaca
derecha transversal, obrar como
si la cabeza estuviera en occipi-

to-iliaca izquierda transver-
sal, perforar, introducir pri-
mero la rama que será apli-
cada sobre el occipucio, es decir
la rama derecha (modificado
el Baciostrobo); coger y aplastar
una parte de la base entre
la oliva del perforador y la
rama introducida, aplicar
la ultima la que correspon-
da a la frente que por ser
mas larga que la derecha
podrá alcanzar la base y an-

guardar así el aplastamiento.

En este caso el Basiotribo es también superior al cefalotribo; pues la presencia del perforador limita el desplazamiento de las cucharas y gracias a su presencia, desigual longitud de aquellas y a su disposición especial, el Basiotribo constituye un extractor perfecto por defectuosa que sea la presa.



Basiotricia en los casos de presentación de la cabeza en extensión:

Si se presenta por la cara, la aplicación del basiotribo es con frecuencia más complicada que la del craneoclasto, la aplicación de las cucharas a la estrechidad del diámetro fronto-mentoniano puede conducirnos a buenos resultados; pero a pesar de lo fijero que el perforador da a las cucharas, estas resbalan frecuentemente

sobre las paredes fetales.

En embargo, se obtienen buenos resultados cuando se toma la cara por su diámetro transversal con tal de que el instrumento sea bien aplicado sobre la base. Tambien se obtienen los mismos resultados tomando la cabeza oblicuamente gracias a la fijación de las cucharas por el perforador, siendo estos resultados mucho más satisfactorios que los

del Cefalotribo.

El Basiotribo en los casos en que la cabeza se presenta la última, permite obtener un aplastamiento regular por el diámetro occipito-frontal, con tal de que el perforador haya transformado la base en plano sagital; pero las condiciones son desventajosas cuando la cabeza está en extensión. En fin aplicado en el sentido del diámetro oblicuo o transversal

de la base este instrumento
permite obtener buenos efectos.

Se ha dicho que en los ca-
sos en que se aplica el basio-
tribo sobre la cabera ultima,
la extremidad de las cucharas
traspasa la bóveda del cráneo,
pudiendo herir las paredes ute-
rinas lo que sucede en efecto, si
se unde el perforador muy pro-
fundamente para que su
extremidad venga a chocar con-
tra la pared de la bóveda. Este

11

inconveniente se evita dete-
niéndose, cuando se siente
que se ha penetrado en el inte-
rior de la cavidad craneana.

Cualquiera que sea la
presentación y posición
de la cabera fetal cuando
se ha practicado la basiotri-
cia y sea cual fuere el diá-
metro de la base que ha estado
sometido a la acción aplasta-
dora de las cucharas, la ca-
bera cogida entre las ramas

del basiotribo tiene una forma determinada que puede no acomodarse a la forma y dimensiones de la pelvis y su extracción puede ser difícil.

En ciertos casos, sobre todo si la forma de la cabeza es irregular la extracción puede hacerse difícil y hasta imposible; pero esto es un hecho raro cuando el aplastamiento ha sido regularmente realizado.

Sin embargo puede sur-

ceder que a pesar de esto sea imposible y entonces hay que repetir varias veces la aplicación del basiotribo y la extracción será fácil, pues la basiotricia repetida, es una operación más fácil y mejor que la cefalotricia y la craneoclastia, dejando a la cabeza toda su blandura para poder atravesar el canal pelviano sin herir las partes maternas como acontece con

la cefalotricia, en que estalla
la cabera, por decirlo así de-
jando puntas y filos los hues-
os del craneo que hieren
gravemente los organos que
atraviesan.

IV.

La resistencia que ofrece
la cabera fetal al pasar por
un canal pelviano estrecho,
tiene su origen de ser, en
la solidez de su armazón

oseo.

De todas las piezas de que
se compone esta armazón,
aquellas que forman la base
del craneo son las que deben
considerarse como verdaderos
obstáculos ya á causa de su
consistencia propia ya á cau-
sa del sostenimiento que ofre-
cen á la bóveda craneana y
á la cara. La cohesión de
las galerías oseas de la base
del craneo se encuentran

aseguradas por la presencia de un pilar central, el cuerpo del esfenoideas, sobre el cual todas toman su punto de apoyo.

Siguiendo la dirección que afecta el plano basial con relación a' el area de la estrechez en atravesar, la resistencia que opone el globo-céfalo a' reducirse a' el estado de disco, es bien diferente segun que el plano basial sea pa-

ralelo ó perpendicular a' el area del canal pelvis genital.

De los tres procedimientos que pueden promoverse a' prueba para reducir el volumen de la cabera fetal con el auxilio de la trituración, dos de ellos no son aplicables sino en circunstancias especiales, cuando la cabera se presenta siguiendo una inclinación determinada a' la acción del instrumento. Los dos obran

exclusivamente sobre la base del cráneo; pero de una manera muy distinta.

El primero de estos dos procedimientos que se ejecuta con la ayuda del craneoclas. No se puede ser puesto en acción, sino cuando la base se encuentre colocada de plano en el canal pelvi-ge-nital.

El segundo si la inver-sa del precedente es aplica-

12

ble a todas las modalidades de situación que pueda formar la cabera a excepción de la deflexión. Por este procedimiento se aniquila radicalmente la resistencia de la base y por consiguiente de la cabeza suprimiendo el pilar de sosten.

El tercer proceder cuyo modo de acción es el aplastamiento total o diametral, es aplicable,

a todas las modalidades de inclinación y posición de la ~~cabeza~~ ^{cabeza}.

Puesto en paralelo el valor de los tres procedimientos que acabamos de mencionar, bajo el punto de vista especial de la trituración para reducir el obstáculo cefálico, no puede existir nada mejor que destruir directamente el centro de resistencia que sostiene todo el edificio óseo. El aplastamiento parcial es al contrario el procedimiento menos favorable puesto que

no hace sino reducir el volumen de una parte de la envoltura huesosa, sin destruir completamente el aparato de sostenimiento de la base. Se puede decir en suma que cuando el craneoclasto es aplicado sobre la cabeza en extensión, la condición favorable en las cuales se encuentra el globo cefálico para ser estraido, depende más bien de la inclinación ventajosa de la base del cráneo, que de los efectos de la craneoclas-

fia sobre la masa ósea.

El tercer procedimiento presenta sobre los otros dos las ventajas de poder siempre ser puesto en ejecución; pero hay una condición que se impone para que su aplicación sea eficaz, que el instrumento actúe sobre la base del cráneo.

Esta condición á decir de los autores está lejos de encontrarse realizada en la clínica cuando nos servimos del cefalotribo cla-

clasico se obtiene casi siempre con el Triacotribo de Farnier. Este instrumento cuya aplicación es de las más fáciles no es otra cosa que un craneoclasto y un cefalotribo combinados reuniendo á las ventajas del craneoclasto como instrumento de sosten de la cabeza fetal, la del cefalotribo como instrumento de tracción.

Lo expuesto por el Dr. Ponnaire en sus experiencias sobre los desordenes

anatomopatológicos que determi-
na su empleo sobre la cabeza fetal,
es suficiente para que quede de-
mostrado su superioridad al ce-
falotribo bajo este último punto de
vista.

La aplicación reiterada del ins-
trumento aplastador en diferente sen-
tido a la periferia del globo cefálico
llamada cefalotricia repetida consti-
tuye un buen método para destruir
completamente la cubierta sólida
del cráneo y asegurar así su

reducción, pero si se prefiera efec-
tuar un solo aplastamiento, los
efectos de esta aplicación única
son de los más variables según
la naturaleza de las piezas óseas
diametralmente sometidas a
la compresión. Es porque nos
hemos ocupado separadamente
del aplastamiento de la cabeza
en flexión ó extensión, primera
ó última, en sus diversas orien-
taciones sobre el arco de la pelvis.

1.º Cuando la cabeza está en exten-

sión: los mejores efectos de reducción se obtienen cuando la fuerza está dirigida perpendicularmente de un lado a' el otro del plano basical. Aplastando la bóveda sobre el plano óseo que le sostiene, transforma el ovoide en un disco que adquiere el minimum de espesor.

2.ª La aplicación de la fuerza siguiendo los bordes de la base, da los resultados menos favorables tanto bajo el punto de vista del

aplastamiento, como de la abolición de la consistencia del obstáculo.

3.ª La aplicación oblicua de la fuerza sobre el plano basical se acompaña sensiblemente de los mismos efectos que la aplicación perpendicular de una cara a' la otra de la base.

Cuando la cabera está en flexión la fuerza está desarrollada en los cuatro puntos óseos que tiene sobre su dependencia

la solidez de la base del cráneo.

Si la cabeza se presenta la primera, el tronco del feto queda en el interior de las vías genitales:

1.º La mejor de la aplicación de la fuerza será aquella que se ejerza oblicuamente en relación al plano antero posterior medio de la cabeza. Tiene por resultado destruir con el centro de resistencia de la base, los dos picos de poster de las extremidades periféricas en los cuales se

apoya las ramas del instrumento.

El edificio es destruido al mismo tiempo que la cabeza se aplasta en un disco regular, y sus eminencias laterales pierden toda cohesión ínfima.

2.º La aplicación bitemporal del cefalotribo es desfavorable a la reducción. El diametro trasversal cogido como sucede lo más frecuente debe apantarr el punto más estrecho del canal y no disminuye sino un poco de

extensión. El diámetro anterior
posterior aumenta un tanto
y el instrumento se encuentra
rodeado de una doble eminencia
cuya extensión y su resistencia
son mayores que antes
al aplastamiento de la cabera.

7.ª La aplicación de la fuerza de
la frente al occipucio determina
los mejores efectos para la
reducción, ella se emplea completa
para aplastar la base, si la ca-
bera está inmobilizada; y en el caso

contrario, produce un feliz re-
sultado haciendo bascular la base
por una parte y aplastandola
por la otra.

Esto es lo que sucede cuan-
do se aplica a la cabera siendo
la última, pues este modo de
aplastamiento total se efectua
en las condiciones más favora-
bles a la reducción. A las ventu-
jas de la demolición directa
de la base del craneo cuando se ha
recurrido como es la costumbre

a su perforación previa y practicada esta como nosotros la recomendamos sobre la base armadonse aquellas la de la Cefalotricia.

El perforador en efecto suprime la resistencia del plano basico destruyendo su soporte central y el cefalotribo no encuentra más obstáculo para reunir la una a la otra aplastando las dos mitades opuestas del ovoide cefalico. Poco importa con este proceder la posi-

ción de la cabera sobre el area de la pelvis. En cualquiera sentido que sean aplicadas las ramas del aplastador, la reducción de la cabera fetal al estado de disco maleable esta asegurada.

V.

La Pasiotricia estando destinada a la reducción de la cabera fetal, debe practicarse

cuando despues de intentada
la extracci6n por el forceps 6 con
la mano (despues de la versi6n)
se haga imposible por existir
desproporci6n entre el feto y las
vias genitales, entoncy para
terminar el parto se recurre
a la Basi6tica, cuando no
existen las contraindicaciones
siguientes:

1.º Estrecher muy pronunciada
de la vagina.

2.º Estrecher pelviana muy

notable que impossibilite
la introducci6n de las manos
y de los instrumentos.

Los autores estan en desacuerdo
respecto del grado de estrecher don
de empieze esta contraindica-
ci6n; asi vemos que para Bau
deloque esta contraindicada por debajo
de 67 milimetros.

Jaquenier	54 milimetros
Carcauy	50 milimetros
Kiernanq	40 ml
Playfair	38 ml
Pajot	28 ml
Barnes	25 ml

3.º La dilatación insuficiente del
cuello uterino, pero está contrain-
dicación es relativa, desapareciendo
desde el momento que a favor de
los dilatadores del cuello obviemos
este inconveniente.

4.ª y última: La oposición
de la madre que por creencia re-
ligiosa, se opone a la operación
y prefiere la operación cesarea
y como el Comadron no puede
violentar la voluntad de la

madre debe exponerle detalla-
damente todos los peligros de
dicha operación.



18

Las conclusiones requeridas son
las siguientes:

1.^a Ausencia de las contraindicaciones anteriores.

2.^a La ruptura de la bolsa de las aguas; si no ha ocurrido espontáneamente, se pueden obtener artificialmente.

3.^a El diagnóstico exacto de la presentación y posición.

A pesar de los autores
que hemos citado la accep-
tan en grado inferiores;
bien practicada por enci-
ma de cinco centímetros, es
una operación sin peligro
real para la madre; pues
las complicaciones que resul-
tan de ella, se refieren no á
la operación sino al parto mis-
mo.

Ya vamos á terminar, bien
sabemos cuán defectuosa es nues-

tro trabajo ante la magnitud
de los que componen este
auditorio que nos ha esclu-
chado, venerolo y paciente;
pero si hemos tenido la fortu-
na de que nuestro esfuerzo
haya alcanzado vuestra
aprobación, habremos visto
realizados en este momen-
to venturosos y felices, todos
los sueños de la men-
te, todas las aspiraciones

del alma, todas las esperanzas del corazón.


He dicho.

Julio J de Carreras



Admisible

Dr. Zinuner

Admisible a la lectura.
Visto y aprobado


Honorable

Bruty

Admisible
a la lectura
A. de Water

Esta memoria es una mera traducción de la de Cassier. Sin tiene el autor por sus guardadas de su aplicación, propia o de autores conocidos, no es admisible y esta ser aprobada.

Jose Salas