

Caixa 21
11



A sinfisiotomia na obstetrícia moderna

JAIME SILVA PEREIRA

Especialista de Obstetrícia e Ginecologia
Bolsheiro da O. M. S.
Obstetra da Maternidade de Luanda

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
E DE MEDICINA TROPICAL
DE LISBOA
BIBLIOTECA

A sinfisiotomia na obstetrícia moderna

JAIME SILVA PEREIRA

Especialista de Obstetrícia e Ginecologia
Bolsheiro da O. M. S.
Obstetra da Maternidade de Luanda

HIPÓCRATES e GAIENO admitiam que os ossos da bacia, e especialmente os púbis, se afastavam durante o parto.

Vários autores antigos, como PINEAU e FERNEL, propuseram no parto aplicações emolientes para facilitar o relaxamento das articulações e ligamentos da bacia.

O aumento dos diâmetros da pelve por largo afastamento dos ossos púbis, durante o parto, dá-se em regra nos animais pequenos, como, por exemplo, nos roedores.

Na raça humana também pode dar-se um notável afastamento púbico ao fim de algumas horas de trabalho de parto. A este facto chama BOWESMAN «sinfisiotomia espontânea», a qual tem sido descrita até mesmo em múltiparas que tiveram anteriormente três e quatro partos normais.

Durante a gravidez dá-se um certo afastamento sinfisário, que se torna mais evidente desde o sexto ao nono mês.

Apresentadas em resumo as bases fisiológicas da sinfisiotomia, natural é perguntar se desde o homem primitivo não se terá praticado esta intervenção simples — a sinfisiotomia — para resolver os casos de parto prolongado por aperto da bacia óssea.

Com efeito, os curandeiros das raças africanas da costa ocidental, desde tempos remotos, devem tê-la praticado e ainda recentemente foram assinaladas em Gana estas operações em quatro parturientes.

Em caso de parto obstruído, os curandeiros nativos, muito racional e instintivamente, cortam a sínfise com uma faca, que é primeiro introduzida no canal vaginal, e depois seccionam a sínfise de baixo para cima e de trás para diante.

Infelizmente, como aconteceu nos quatro casos de Gana, os curandeiros não conseguem os seus fins, visto que a incisão não passa das partes moles e provoca grande hemorragia, com a destruição do clítoris e da uretra.

K. QUECKE, em os «Primórdios da operação cesariana» (*Actas Ciba*, n.º 27, Lisboa, Janeiro de 1954, p. 1088), diz que os naturais das ilhas de Palau, da Nuba e Tschamba (África) e bem assim os das ilhas Marquesas (oceano Pacífico), os Wiyot da Califórnia, os naturais de Santa Cruz, os da Nova Zelândia e os Bororó do Brasil, contam que «nos antigos tempos costumavam abrir o corpo a todas as grávidas por ocasião do parto, pois que só mais tarde souberam ser possível o parto espontâneo».

O autor pensa que, nestes tempos pré-históricos, os povos citados faziam a cesariana, mas nós pensamos que as lendas citadas se referem à sinfisiotomia, tanto mais que é operação que ainda hoje se pratica entre os povos primitivos da África.

Também no Talmud se descrevem operações obstétricas que nos sugerem ter sido feita a sinfisiotomia entre os antigos hebreus.

Em 1500, um capador de porcos da Thurgovia, Jaques Nufer, após os esforços inúteis de treze parteras e de alguns litotomistas, fez uma cesariana em sua mulher, extraiu uma criança viva e reuniu os bordos da ferida «à maneira dos veterinários». A mulher curou e teve depois disso seis filhos; o «cesar» viveu 77 anos.

O autor desta narrativa, L. DEVRAIGNE (*L'Obstétrique à travers les âges*, G. Doin & C^{ie}, Paris, 1939), diz depois que, como não se fala nela da secção da matriz, «perguntamos se não se trataria de um quisto extra-uterino».

No nosso entender é muito mais lógico admitir que o capador citado executou uma sinfisiotomia, porque, além de tudo, uma cesariana do corpo, e no século XV, não podia ser seguida de seis partos normais sem que se tivesse dado uma rotura do útero.

Em 1768, SIGAULT, em França, defende tese de doutoramento dissertando sobre a primeira sinfisiotomia que fez. Em 1777, a Faculdade de Medicina de Paris mandou cunhar uma medalha em honra de

SIGAULT e de LEVY, seu ajudante, por terem realizado a sinfisiotomia em uma mulher chamada Souhot, em que se salvaram mãe e filho.

Já então se travavam vivas discussões sobre a utilidade desta operação em confronto com a cesariana, até que se começou a reconhecer que cada uma tinha as suas indicações bem delimitadas.

Em Portugal, segundo MAZAREM, parece que raras vezes se praticou a operação sigaultiana, como se chamava em homenagem ao seu autor. Os parteiros da época preferiam praticar o parto prematuro artificial para os casos de aperto da bacia.

Mas o mesmo MAZAREM já admitia, em 1843, que a sinfisiotomia estava apenas indicada quando a arcada púbica não era apropriada ou o diâmetro ântero-posterior do estreito inferior era pequeno.

Mas, por outro lado, em certas aldeias do continente português e Ilhas Adjacentes ainda hoje se diz que uma mulher foi serrada no parto, mesmo que tenha sofrido uma operação cesariana.

Parece, assim, que teve uma época de grande voga em Portugal a sinfisiotomia ou, talvez, a pubiotomia.

Foi GIGLI quem inventou uma serra, que tem o seu nome, para fazer a pubiotomia, mas bem depressa esse instrumento foi transferido para a cirurgia craniana, visto que cedo se viu ser esta operação origem de calos ósseos exuberantes, ser mais difícil de executar e dar mais complicações que a sinfisiotomia.

Em 1881, MORISANI, de Nápoles, apresenta cinquenta casos de sinfisiotomia.

PINARD e FARABEUF, em 1894, estudaram com interesse esta operação e apresentaram seus resultados optimistas ao Congresso Internacional de Roma de 1894; em 1899 a operação ficou desacreditada em França e América, por motivo de acidentes provocados nas doentes — lesões da bexiga, uretra e vestibulo vulvar, em consequência de terem realizado a operação em bacias com conjugado verdadeiro por vezes de 7 cm.

Em 1901, SANDSTEIN, de Edimburgo, apresenta uma tese, muito pormenorizada, efectuada em trinta cadáveres, a qual mereceu um prefácio favorável do professor da mesma Universidade, o Dr. SIMPSON, o mesmo que introduziu na anestesia o clorofórmio e inventou a ventosa obstétrica.

Esta tese levou GREIG, da Escócia, a praticar e a divulgar nos nossos dias a sinfisiotomia.

Foi SANDSTEIN quem primeiro veio a explicar ao mundo médico que a dificuldade na marcha ou dor na articulação sacrílica não eram sequela da sinfisiotomia, como dizia a Escola de ZARATE.

Estas sequelas também não foram assinaladas por PINARD e FARABEUF nem, mais tarde, por SPAIN e BARRY. Foi SANDSTEIN ainda quem mostrou serem a rotura do vestibulo vulvar e consequente rotura da uretra e da bexiga sequelas de temer, desde que a separação dos bordos da sínfise fosse além de 6 cm.

SANDSTEIN também verificou, no cadáver, que não havia qualquer grau de luxação da articulação sacrílica, fosse qual fosse o afastamento sinfisário.

Em 1913 houve um congresso médico em Londres, onde FRANK apresentou 117 casos de sinfisiotomia — operação a que chamava abençoada.

Em 1927 e 1931, ZARATE publica a técnica da sinfisiotomia, a qual ainda hoje é adoptada em todo o Mundo, e provoca desta forma um vivo interesse pela operação na América Latina e na Espanha.

Ainda recentemente, VALLHONRAT, neste último país, apresentou uma série de 116 casos.

Na Argentina, RAMOS publica uma estatística com 412 casos. Em 1948, o autor inglês MUNRO-KERR, com todo o seu prestígio, recomenda aos seus leitores que há um lugar na obstetrícia moderna para a sinfisiotomia, a realizar nos casos de deformação do estreito inferior.

Em 1949, SPAIN e, em 1952, BARRY, ambos na Irlanda, bem como GREIG, em 1954, na Escócia, publicam os seus trabalhos sobre esta operação.

Da Escócia e, sobretudo, da Irlanda vêm médicos para a África e para a Ásia, especialmente treinados para executar a sinfisiotomia, e por isso vemos na literatura obstétrica inúmeros casos em que ela se praticou.

Assim, em 1954, na Nigéria, NOLAN relata 179 casos e, em 1957, HEELAN, em Gana, publica 75 casos sem um único insucesso, o que contraria em pleno a crítica desfavorável que fazem à sinfisiotomia autores conhecidos como BOTELLA LUZIA.

Entre nós não há, que eu conheça, operações deste tipo realizadas nas últimas décadas.

Mas, em Setembro de 1958, o delegado de saúde de Cuimba, em Angola, Dr. DINIS FERREIRA MARQUES, apresenta um relatório à Direcção dos Serviços de Saúde, no qual se refere ao sucesso que obteve em alguns partos distócicos resolvidos com a sinfisiotomia de ZARATE.

O relatório é impreciso e, aparentemente, ele recorreu à intervenção por não poder fazer a cesariana, mas, a meu ver, cabe ao Dr. MARQUES o mérito de ter sido o primeiro, no Ultramar Português, a investir contra a nossa injustificada rotina obstétrica dos últimos tempos.

As principais razões por que esta operação se não tornou popular na América do Norte e na Inglaterra foram a geral facilidade de executar a cesariana, a baixa paridade das mulheres e também, a meu ver, o menor número de casos ótimos para a realizar.

Com efeito, a sinfisiotomia está especialmente indicada nas bacias apertadas, de tipo afunilado, e estas devem ser tão raras na Inglaterra e na América do Norte que em 1952 HAWKSWORTH publica um trabalho célebre em que este conhecido parteiro declara não acreditar no aperto do estreito inferior *per se*, aventurando-se mesmo a dizer que se uma cabeça passa no estreito superior também passará no inferior.

Infelizmente, a experiência colhida em outros países demonstra que esta dedução não é verdadeira.

*

Se uma parturiente jovem mostra desproporção cefalopélvica no primeiro parto e essa desproporção é relativa à parte inferior da escavação, é lógico procurar aumentar esses diâmetros de maneira permanente.

Nas sociedades africanas, em que a média de partos é de 4 a 5 em cada mulher, o recurso à cesariana resolve apenas a situação obstétrica relativa ao primeiro parto, mas não faz senão agravar o prognóstico para futuros partos (I. DONALD).

O afastamento normal dos bordos da sínfise púbica, durante a passagem da cabeça fetal, é de cerca de 0,5 cm e com a sinfisiotomia esse afastamento pode ir até 5 cm e mais.

Para um afastamento de 5 cm, o conjugado verdadeiro sofre apenas um aumento de 0,8 cm, enquanto que o diâmetro transverso do estreito superior aumenta 2 cm; o bi-isquiático aumenta 4 cm e o arco subpúbico transforma-se de gótico em normando.

Após umas três ou quatro semanas de convalescença, a sínfise consolida novamente, mas aos raios X nota-se que o afastamento se mantém cerca de 1,5 cm, em vez de 0,5 cm, como acontece depois do parto normal.

O diâmetro transverso da pelve fica assim com um aumento permanente de 1 cm, mas todos estes diâmetros voltam a aumentar durante um futuro parto, visto que a sínfise se afasta de novo, mas, desta vez, espontaneamente.

Por aquilo que fica dito, é lógico pensar que a sinfisiotomia também está indicada nos casos de aperto do diâmetro transverso do estreito superior (bacias transversalmente apertadas) ou quando a

parte anterior deste estreito é muito aguçada, como acontece nas bacias andróides. E, de facto, tanto na Escócia como na Irlanda, a sinfisiotomia faz-se para estes dois tipos de bacia, desde que o aperto não seja muito acentuado.

Outra consequência da sinfisiotomia é a transformação do estreito inferior, que tem a forma de um ás de ouros de cartas de jogar, com diâmetro maior ântero-posterior, em um ovóide de eixo maior transversal, como se pode inferir do aumento dos diâmetros já citados.

Daqui resulta que, aplicado o fórceps após a sinfisiotomia, poderá ser mais fácil liberar a cabeça em posição transversa.

*

As condições a que em geral se deve atender para realizar a sinfisiotomia são:

- 1) Dilatação cervical completa ou, pelo menos, a três dedos;
- 2) Ponto-guia da apresentação no terceiro plano de Hodge;
- 3) Feto vivo e sem sofrimento muito acentuado;
- 4) Contrações uterinas eficazes;
- 5) Canal mole do parto desimpedido.

As indicações mais usuais são:

- 1) Parto difícil ou obstruído por aperto do estreito médio ou inferior;
- 2) Tentativa frustrada de fórceps;
- 3) Distocia por apresentação de face ou de frente ou occipito-posterior impossíveis de corrigir.

*

As contra-indicações mais aceites desta operação são:

- 1) Feto morto ou com sofrimento acentuado;
- 2) Atonia da contracção uterina;
- 3) Desproporção cefalopélvica ao nível do estreito superior;
- 4) Tumor prévio ou outro obstáculo das vias moles;
- 5) Choque obstétrico ou mesmo mau estado geral da mãe;
- 6) Conjugado diagonal inferior a 9,5 cm;
- 7) Apresentação pélvica, sobretudo nas primíparas;
- 8) Bacias assimétricas.

Nota. — Todos os autores reconhecem o grande perigo da sinfisiotomia, por apresentação pélvica nas primíparas; o perigo subsiste nas múltiparas, se for necessário fazer a grande extracção pélvica. Já não sucede assim para as apresentações pélvicas nas múltiparas. No princípio deste século era mesmo a apresentação podálica a indicação por excelência para a sinfisiotomia ou para a pubiotomia, e WILLIAMS costumava ter sempre uma serra de pubiotomia pronta a servir em qualquer parto pélvico. SPAIN (1949) faz a apologia da sinfisiotomia profiláctica no parto pélvico. Nas estatísticas de ZARATE a sinfisiotomia aparece na proporção de 10 em parto pélvico para cada 100 de apresentação cefálica.

BARRY (1952) apresenta em cada 100 sinfisiotomias 2 feitas para o parto pélvico.

Noções de anatomia. — A sínfise púbica é formada por uma cartilagem fibrosa com fibras conjuntivas dispostas transversalmente na periferia.

Esta união é reforçada, na parte superior, por fibras do grande oblíquo — freio superior — e, na parte inferior, pelo freio inferior.

O freio inferior é formado pelo ligamento *arquatum* e pelo ligamento de HENLE.

O ligamento *arquatum* é inextensível e segue ao longo do bordo inferior dos ramos inferiores do púbis. O ligamento de HENLE fica situado sob o ligamento *arquatum* e é formado pela parte anterior do diafragma urogenital.

A maioria dos autores secciona apenas o ligamento *arquatum*, por ser inextensível, conservando intactos o freio superior e o ligamento de HENLE, mas isto parece não ter muita importância, porque a consolidação se dá sempre em qualquer dos casos.

*

Técnicas da sinfisiotomia. — Há diferentes técnicas, mas vejamos apenas as mais conhecidas.

TÉCNICA DE ZARATE

Posição ginecológica, anestesia local ou geral ou, por vezes mesmo, sem anestesia, se isso for necessário.

Introduzido o bisturi verticalmente, sem hesitação, perfurando a pele 0,5 cm abaixo do bordo superior da sínfise e, de seguida, a articulação, até atingir o centro da fibrocartilagem; depois, obliquar até à seccionar. Para isso deve inclinar-se o cabo do bisturi para o ventre da mãe.

Quando este tem quase toda a sua lâmina metida sob a pele, começa a encontrar a resistência do ligamento *arquatum*, que deve ser seccionado a pequenos golpes, e imediatamente a sínfise começa a abrir lenta ou bruscamente, mas sempre com um ruído impressionante, pela laceração das fibras não seccionadas.

Os freios superior e inferior entram automaticamente em função e mantêm a abertura da sínfise nos limites convenientes.

Se o *arquatum* foi convenientemente rasgado, o dedo indicador da mão esquerda pode introduzir-se sem resistência no espaço interpúbico pela face posterior.

Se este afastamento, que deve ser de cerca de 2 cm, não se verificar é porque não foi seccionado completamente o ligamento anterior; levante-se então o bisturi para o seccionar, sem, contudo, atingir o bordo superior da sínfise. Então a abdução dos membros feita por dois ajudantes deve levar ao afastamento dos bordos da sínfise até ao máximo de 3,5 cm.

Para evitar a rotura do vestibulo faz-se uma ampla episiotomia, para que a cabeça saia mais posteriormente.

A doente fica com sonda vesical permanente durante quatro dias e com os joelhos ligados durante uma semana e pode levantar-se depois, ou mesmo antes, se não sentir dores.

Ao fim de três semanas as extremidades púbicas estão soldadas por uma cicatriz fibrosa e pode ter alta da maternidade.

TÉCNICA DE BARRY

Esta técnica e as seguintes são, fundamentalmente, como a de ZARATE, mas com pequenas variantes.

Na técnica de BARRY faz-se uma incisão longitudinal da pele e da bainha dos grandes rectos, logo acima da sínfise púbica. Introduce-se o dedo indicador na cavidade de Retzius até ao ligamento *arquatum*. Colocar um bisturi à frente deste dedo indicador, ficando o bico acima da ponta do dedo. Seccionar a articulação e o ligamento *arquatum* até que os bordos sinfisários se afastem cerca de dois dedos travessos.

TÉCNICA DE GREIG

Esta é parcial, como a de ZARATE, deixando intactos o ligamento *arquatum* e o mais possível do ligamento posterior da articulação. Esta técnica é muito semelhante à de SPAIN.

Faz-se uma incisão da pele, transversal, de 4 cm, logo acima da sínfise púbica. Incisar longitudinalmente a bainha dos grandes rectos cerca de 2 cm e fazer uma incisão transversal de 1 cm para ambos os lados, sobre o bordo superior da sínfise. Introduzir o dedo indicador, com o bisturi à frente, no espaço de Retzius e seccionar os dois terços superiores do ligamento posterior e toda a fibrocartilagem articular. A abdução dos membros faz o resto da intervenção.

TÉCNICA DE MC VEY

Este faz primeiro a cesariana, quando esta está indicada, e sutura o peritoneu parietal. Depois, prolonga a incisão da pele e tecido celular subcutâneo sobre a sínfise púbica. Introduz o dedo indicador na cavidade de Retzius até ao ligamento *arquatum* e secciona a articulação de trás para diante, deixando intacto este ligamento e o terço inferior do ligamento posterior. Não se faz a abdução dos membros e o teste da sinfisiotomia vai dar-se no próximo parto.

Observação. — Em qualquer destas quatro técnicas o dedo indicador da mão esquerda deve ser introduzido na vagina, para poder afastar a uretra do caminho do bisturi. Na uretra deve ser sempre introduzida uma algália de borracha.

Complicações. — As complicações desta operação, que são, aliás, muito raras, podem ser:

1. *Complicações da marcha.* — São as mais temidas e são, afinal de contas, quase inexistentes os casos de marcha balouçante, de parto ou os casos de dores pela marcha; para alguns autores estas complicações nunca se observaram. Quanto a mim, essa marcha balouçante deve ser atribuída na grande maioria dos casos à paralisia *post partum* do ciático-poplíteo externo, a qual é tão frequente entre as puérperas cujas bacias são precisamente as que mais vezes indicam, pela sua conformação e dimensões, a sinfisiotomia.

2. *Rotura da bexiga.* — Tem sido verificada nos casos de grande aperto da bacia ao nível do estreito superior. A incontinência urinária ao esforço não é rara após a sinfisiotomia, mas também é frequente após os partos normais.

3. *Hemorragia.* — Aparece sobretudo no método fechado, mas facilmente se controla por meio de tamponamento.

4. *Rotura do canal vaginal.* — Esta complicação aparece mais frequentemente quando se faz a aplicação de fórceps após a operação.

*

Estatística operatória. — Dos nossos 24 casos operados de sinfisiotomia, 3 ainda se encontram internadas, por serem muito recentes.

Dos restantes 21, podemos apresentar os seguintes dados:

Idade:

- 1 tinha 31 anos;
- 7 tinham entre 20 e 30 anos de idade;
- 13 tinham entre os 16 e os 20 anos.

Paridade:

- 12 primigestas;
- 7 segundas-gestas;
- 1 sexta-gesta;
- 1 oitava-gesta.

Modo de liberação após a sinfisiotomia:

- 12 com ventosa obstétrica de Malmstrom;
- 7 espontaneamente;
- 2 liberação feita por cesariana segmentar seguida de sinfisiotomia.

Duração da liberação. — Foi em todos os casos de entre 5 a 10 minutos.

Imobilização pós-operatória:

- 10 — 3 dias;
- 8 — 6 dias;
- 3 — 8 dias.

Complicações:

- 2 — Hematoma que curou em duas semanas;
- 1 — Incontinência urinária durante 3 dias;
- 18 — Sem complicações.

Início da marcha:

- 10 — ao 3.º dia;
- 8 — ao 6.º dia;
- 3 — ao 8.º dia.

Alta, curadas:

- 2 — ao 8.º dia;
- 11 — ao 10.º dia;
- 2 — ao 14.º dia;
- 5 — ao 20.º dia;
- 1 — ao 26.º dia.

Duração da operação. — Em todos os casos foi de cerca de cinco minutos.

Raça:

- 20 de raça africana;
- 1 de raça europeia.

Tipo de apresentação:

- 19 — Cefálica;
- 1 — De face;
- 1 — Pélvica.

Sobrevivência fetal:

- 12 — Feto vivo que curou após a liberação;
- 1 — Cefálica com sofrimento fetal que não reanimou;
- 1 — Pélvica com grave sofrimento fetal pré-operatório que não chegou a respirar.

Técnica seguida:

- 2 — Zarate;
- 2 — Mc Vey;
- 17 — Barry.

Tipos de bacias:

- 11 — bacias andróides apertadas;
- 10 — bacias geralmente apertadas;
- 1 — bacia assimétrica.

Prévia cesariana:

- 6 destas doentes, incluindo a citada bacia assimétrica, sofreram, em partos anteriores, cesariana segmentar.

*

Para terminar esta exposição, cumpre-me estabelecer em esquema o que se pode esperar das dife-

rentes intervenções ao nosso alcance para resolver o parto prolongado por aperto de bacia:

1. *Sinfisiotomia*. — Indicada nos apertos marcados do estreito inferior ou médio, nos quais o fórceps levaria à morte do feto. A sinfisiotomia também se pode fazer no início do trabalho, como o faz SPAIN sob o nome de sinfisiotomia profiláctica;
2. *Fórceps ou ventosa obstétrica*. — Apenas se devem usar nos casos de tão pequeno aperto que a cabeça se torna compatível por amoldamento e estes instrumentos vão apenas substituir as contracções ineficazes de um útero já fatigado;
3. *Cesariana*. — Indicada nos casos em que a cabeça se mantém acima do estreito superior após a prova do trabalho. Também está indicada em primíparas idosas com aperto do estreito inferior, para as quais o «valor» do feto é tal que lhe não podemos atribuir qualquer risco (BARRY);
4. *Cesariana seguida de sinfisiotomia*. — Faz-se a cesariana para extrair o feto em sofrimento acentuado e procede-se na «retirada» à sinfisiotomia, para obter melhores partos no futuro. Ficam desta maneira sepultados sob a mesma cicatriz os adeptos da cesariana e os da sinfisiotomia, no dizer de Mc VEY, que foi o autor deste procedimento.

*

Devo acentuar que se deve fazer a divulgação da sinfisiotomia, a qual está ao alcance de qualquer clínico geral e se torna particularmente útil no interior africano, onde as condições materiais para a prática da cesariana nem sempre se verificam.

Desta forma simples se remedeiam situações difíceis e por vezes desastrosas.

Para terminar, quero chamar a atenção para o facto de ser a sinfisiotomia uma operação que serve mais vezes a patologia da mulher africana que a da europeia, por naquela ser maior a paridade e mais frequente o aperto da bacia ao nível do estreito inferior.

Observação. — Este trabalho foi lido numa conferência na Biblioteca dos Hospitais Cíveis de Luanda em 28 de Agosto de 1961.

RESUMO

- 1 — São descritos a história, as indicações e técnicas da sinfisiotomia no tratamento da desproporção cefalopélvica ao nível do estreito inferior da bacia.
- 2 — Apresenta-se uma série de parturientes operadas nas quais se espera serem fáceis os partos subsequentes por via vaginal

RÉSUMÉ

- 1 — La histoire, les indications et les techniques de la symphysiotomie au traitement des disproportions de l'étroit inférieur du bassin.
- 2 — On étudie ici une collection de femmes traitées par la symphysiotomie et on attend qu'elles viennent, à l'avenir, à être délivrées par la voie vaginal.

SUMMARY

- 1 — The history, indications and techniques of the symphysiotomy in the treatment of outlet disproportion are described.
- 2 — A series of cases is presented and it is expected in these patients an easy subsequent vaginal delivery.

BIBLIOGRAFIA

- BARRY, A. P. — *Irish J. of Med. Science*, February, 1952.
GREIG, D. S. — *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, 61, 2, 1954.
MC VEY, H. — *Irish J. of Med. Science*, July, 1955.
MUNRO-KERR, J. M. — *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, 55, 401-417, 1948.
ZARATE, E. — *Arch. Gynak.*, 147, 759-767, 1931.
ZARATE, H. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 16, 436-446, 1927.

