

Sa longueur était de 49.5 cm. Son poids de trois kilogr. Transporté quelque temps après à l'hospice des enfants assistés, il y est mort après trois semaines, d'entérite.

Le bassin de la femme, mesuré au pelvimètre de Van Huevel, donne comme diamètre promonto-sous-pubien $5\frac{1}{2}$ centim. L'exploration digitale révèle des diamètres obliques et transverses à peu près normaux.

L'opération avait donc permis le passage d'une tête normale à travers un bassin présentant ce rétrécissement considérable.

Nous pouvons conclure de là que la symphyséotomie est une excellente opération pouvant rendre service dans des cas de rétrécissement pelvien extrême, qu'elle peut être efficace, même lorsque le diamètre promonto-sous-pubien s'est abaissé à $5\frac{1}{2}$ centimètres, contrairement à l'avis, notamment de Auward (1) qui donne comme limite de la symphyséotomie à terme le bassin de sept centimètres, et de Cocq (2) qui la fixe six centimètres.

Pratiquée par les procédés ordinaires, elle présente cependant quelques inconvénients : l'incision médiane devant descendre jusqu'à la vulve, est difficile à tenir aseptique ; constamment humide et peu protégée, elle est exposée à entrer en suppuration, ce qui retarde beaucoup la convalescence.

Mais cet inconvénient peut être évité, du moins atténué en éloignant l'incision de la vulve, et M. Lambotte propose de faire sur le pénil une incision courbe à convexité supérieure, de rabattre au devant de la symphyse un lambeau cutané ayant cette incision pour base, et de diviser alors directement l'articulation ; l'opération terminée, on relèverait ce lambeau qui serait suturé.

Nous avons employé ce procédé dans la symphyséotomie pratiquée sur le cadavre, et en faisant cette expérience nous avons pu voir, le lambeau étant rabattu, que le plexus de Santorini, les corps caverneux et les tissus mous, si vasculaires, situés au-dessous de la symphyse, pourraient facilement être disséqués et détachés des parties osseuses avant de pratiquer l'écartement des pubis. On éviterait ainsi la déchirure brutale de ces tissus, qui amène toujours une hémorrhagie qui peut devenir grave.

Une troisième observation, c'est que, dans le cas que nous rapportons, il semble que la suture osseuse eût été nécessaire. La consolidation des pubis a, en effet, été longue et difficile. D'autres opérateurs cependant ont montré des femmes rétablies et capables de marcher après beaucoup moins de trois mois.

Cette suture osseuse devrait être faite sans transpercer d'outre en outre les pubis, mais le fil sortant sur la tranche de l'os d'un côté et pénétrant dans l'autre os par la tranche correspondante.

M. Lambotte nous a fait encore cette remarque, que l'opération de Sigault n'aura atteint la perfection que lorsqu'elle permettra de rapprocher définitivement, dans une certaine limite, le bassin de ses dimensions normales. On pourrait arriver à cela par ostéoplastie, en maintenant l'écartement pubien au moyen d'un fragment osseux interposé.

(1) Auward : Traité d'accouchements

(2) Cocq. La symphyséotomie : thèse de Bruxelles, 1894.