

graisse pépubiens sont divisés sur la ligne médiane jusqu'à un centimètre au-dessus du clitoris ; l'opérateur introduisant alors derrière la symphyse l'index de la main gauche, qui sert de guide, détache en même temps les tissus rétro-pubiens ; l'articulation est ouverte, puis le ligament sous-pubien est sectionné. Aussitôt la diastase pubienne se produit avec bruit ; deux aides maintiennent cependant les cuisses de la patiente et les écartent progressivement, et avec beaucoup de lenteur. L'écartement des surfaces articulaires devient de sept centimètres environ.

Pendant que les aides pratiquent cet écartement progressif, une hémorragie veineuse assez abondante se produit ; elle paraît dépendre d'une déchirure du plexus de Santorini.

Une pression faite par le vagin atténue immédiatement l'accident ; quelques pinces de Péan et une compression énergique avec la gaze antiseptique dans la plaie l'arrêtent définitivement.

Les cuisses étant toujours maintenues solidement, l'opérateur applique le forceps et extrait l'enfant en état de mort apparente ; il perdait le néonium et présentait une cyanose assez intense.

La respiration artificielle est immédiatement pratiquée, par le procédé d'élévation et d'abaissement alternatifs des bras puis par le procédé de Schultze. On lui donne des bains chauds et froids alternés, on pratique des frictions excitantes, on le frappe avec un linge mouillé, on frictionne les plantes des pieds au moyen d'une brosse rude, et au bout d'une demi-heure la respiration commence à se faire régulièrement. L'enfant pousse le premier cri après trois quarts d'heure.

Le placenta avait été expulsé presque immédiatement. Le délire était complet, l'hémorragie très peu abondante.

La plaie est suturée en deux plans au moyen de fil de soie, et un bandage de corps élastique, formé par une ceinture de gymnaste est appliquée autour du bassin, rapprochant les surfaces articulaires.

Le lendemain de l'opération, la femme est incapable d'uriner ; sondée, elle rend une quantité d'urine normale. Le surlendemain s'établit une incontinence d'urine qui dure sept jours. Malgré beaucoup d'attention de notre part, la plaie suppure ; les fils en sont expulsés, elle reste largement béante. La fièvre n'est pas très intense, le maximum observé est de 38.2 le soir.

Après sept jours, l'incontinence cesse ; la fièvre tombe complètement, la suppuration diminue. Cette dernière persiste toutefois jusqu'à la guérison complète qui n'a lieu que le vingt-sept août, c'est-à-dire environ trois mois après l'opération. La reconstitution de la symphyse a donc été très longue, malgré des soins continus : le pansement était renouvelé deux et trois fois par jour au début, lors de la suppuration abondante.

Disons cependant que vingt-cinq jours après l'opération la symphyse se reconstituait d'une façon très appréciable, mais qu'une nouvelle disjonction s'est produite à la suite d'une marche prolongée.

L'enfant, du sexe masculin, était bien conformé : La tête mesurait : diamètres : bipariétal, 9.75 cent.

mento-bregmatique, 13 cm.

sous-occipito frontal, 12.5 cm.

circonférence orbito-occipitale, 35 cm.