

membranes s'est produite le 4 au matin ; enfin, à 4 heures du soir (nos paysannes sont patientes, le médecin est loin et retenu ailleurs), M. le Dr Année l'examine, constate un rétrécissement du bassin et demande l'aide d'un confrère, malheureusement sans spécifier à quel genre d'intervention il faudra avoir recours, oublié bien excusable, mais dont le résultat est une attente de 24 heures pour la patiente.

L'examen, que je pratique à mon arrivée, me montre une femme très petite ; sa taille est exactement de 1 m. 19 ; la brièveté extrême des membres (50 centimètres de l'épine iliaque à la plante du pied ; 39 centimètres de l'acromion à l'extrémité du médus) contraste avec le buste, dont la longueur est presque normale. Tous les os des membres sont incurvés et noueux ; mais il n'y a pas de nodosités sur les côtes, pas de déviation de la colonne vertébrale ni du sternum. Une tête large et carrée avec un front élevé et des yeux intelligents couronne ce petit corps rachitique. Le palper abdominal est assez facile, car les contractions utérines, violentes et très douloureuses pendant les deux premières journées, sont maintenant rares et faibles. On reconnaît la présence de la tête sous l'hypochondre droit et on devine, à gauche, la courbe du dos ; on ne perçoit pas de mouvements actifs du fœtus ; mais le stéthoscope permet d'entendre nettement les bruits du cœur encore très réguliers, malgré la longueur du travail ; leur maximum est à gauche et à la hauteur de l'ombilic. Le toucher vaginal révèle la proximité extrême du promontoire, qui, surplombant le détroit supérieur, presque à la hauteur de la symphyse, réduit à six centimètres et demi le diamètre promonto-sous-pubien, mesuré sans déduction. Deux doigts placés côte à côte trouvent difficilement place entre le promontoire et le bourrelet épais de la symphyse pubienne. L'index explorant successivement les deux côtés du bassin les trouve symétriques ; l'excavation ne présente rien de spécial ; les branches ischio-pubiennes restent rapprochées l'une de l'autre et la distance qui sépare les deux ischions est d'environ sept centimètres. Le col de l'utérus très élevé, difficilement accessible, a une dilatation de $1\frac{1}{2}$ à 5 centimètres ; le doigt conduit le plus haut possible arrive sur une partie fœtale très mobile qui paraît être un talon.

Bien que fatiguée par la longueur du travail, la malade est loin d'être épuisée ; la diminution et l'éloignement des contractions utérines lui ont permis de prendre un peu de repos dans les dernières heures. Elle n'a pas de fièvre, les urines ne sont pas albumineuses.

Après cet examen, nous sommes d'accord, mes confrères et moi, pour admettre que, même en cas de mort de l'enfant, l'étroitesse du bassin ne nous eût probablement pas permis de pratiquer l'embryotomie, que la symphyséotomie ne nous donnerait pas un passage suffisant, et que, malgré les conditions si défectueuses où nous nous trouvons, l'opération césarienne reste notre unique ressource ; la patiente d'ailleurs l'admet sachant le sort qui lui est réservé en cas d'abstention et les risques qu'elle court pendant et après l'intervention.

Immédiatement une table est préparée avec, comme coussin, une couche de paille recouverte d'un drap à peu près blanc ; une lampe fumeuse suspendue à une poutre va nous éclairer tant bien que mal ; deux chaises boiteuses réunies par une planche reçoivent les plateaux où sont les instruments. À défaut d'un bain général, après que le pubis a été rasé, les régions abdominale et vulvaire sont soigneusement savonnées et désinfectées, puis recouvertes de compresses de tarlatame stérilisées, enfin catéthérisme vésical et injection vaginale avec une solution de bi-chlorure à 1/2000. L'anesthésie par le chloroforme commencée à cinq heures et demie est facilement supportée. L'ouverture de la paroi abdominale faite sur la ligne blanche commence à six centimètres au-dessus de l'ombilic et se termine à quatre travers de doigt du pubis. L'utérus rapidement découvert vient s'appliquer contre les lèvres de la plaie. Ma main, introduite dans l'abdomen, reconnaît, à la consistance de la paroi utérine, l'insertion du placenta à la partie supérieure de la paroi antérieure ; continuant son explora-