

## BIBLIOGRAPHIE.

*Mémoire sur la pelvimétrie et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne*; par le docteur VANHUEVEL, professeur d'accouchements à l'Université libre de Bruxelles. — 2<sup>me</sup> édition. Gand, 1841.

(Analyse par le docteur SCHOENFELD.)

Tous les accoucheurs savent que la mensuration rigoureuse du bassin est souvent le seul moyen de bien apprécier les obstacles qui peuvent s'opposer à la parturition; aussi, depuis un grand nombre d'années, les gynécologues de tous les pays se sont appliqués à chercher des instruments propres à mesurer la cavité pelvienne; l'armamentarium obstétrique est presque aussi riche en pelvimètres qu'en forceps.

Mais tous ces procédés ne donnaient guère que des résultats erronés, parce que leurs inventeurs, ou bien ne mesuraient pas directement le diamètre sacro-pubien, le plus facile cependant à délimiter, ou bien échouaient devant la difficulté d'atteindre les deux extrémités de ce diamètre et de retirer, des parties de la femme, leurs instruments sans en déranger les rapports.

La pelvimétrie était, pour ainsi dire, tombée en défaveur, puisque l'on avait déclaré le doigt indicateur le pelvimètre *par excellence*, lorsque la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles publia le premier mémoire du docteur Vanhuevel sur la pelvimétrie (*Annales* 1840).

Dans ce travail, il avait proposé un pelvimètre qui, à la vérité, s'appliquait avec précision à tous les diamètres du bassin, mais dont la complication aurait pu être un obstacle à son adoption pratique. Dans ce deuxième mémoire, publié par la Société de médecine de Gand, il a changé de procédé et rendu son instrument des plus simples, des plus faciles, et différant entièrement de l'autre, dont il conserve néanmoins les avantages de justesse et d'application illimitée à toutes les parties intérieures du canal pelvien.

Avant de faire la description de ce nouveau procédé, l'auteur parle des difficultés que l'on rencontre pour estimer la capacité du bassin, ajoutant qu'aucun pelvimètre connu n'est exact ni approprié à chacune des dimensions capables d'être viciées: d'où il conclut qu'il a été impossible jusqu'ici d'en juger autrement que d'une manière approximative, méthode incertaine qui peut entraîner aux plus funestes conséquences; car les moyens de délivrance, chez les femmes contrefaites, doivent varier selon le degré de viciation, une différence de *trois lignes* suffisant, d'après les auteurs, pour réclamer un genre particulier de secours, tel que la provocation de l'accouchement prématuré, l'application du forceps, du céphalotribe, l'opération sigaultienne, césarienne, etc. A ce sujet, il demande comment l'accoucheur pourra constater une décroissance

d'étendue aussi minime et reconnaître les vices des diamètres diagonaux et du transversal?....

Frappé de la lacune qui existe sous ce rapport dans l'art obstétrical, il a essayé de la remplir en imaginant des pelvimètres plus exacts et une méthode de mensuration moins restreinte que celles dont on s'est servi jusqu'à présent; car les vices du bassin peuvent siéger sur tous les points de sa circonférence intérieure, sans être limités au diamètre sacro-pubien, ainsi que l'emploi trop circonscrit des mensurateurs en usage pourrait le faire supposer: de là, le besoin d'un pelvimètre qui s'applique avec précision à tous les diamètres de la cavité pelvienne.

Pour faire ressortir les principaux défauts de ceux qu'on a proposés avant lui, il les passe successivement en revue et les divise en *externes* et en *internes*.

Les externes (compas d'épaisseur de Baudelocque, de Kluge, de Davis, de M<sup>me</sup> Boivin, mécomètre de Chaussier) pèchent sous le rapport de la justesse, 1<sup>o</sup> parce qu'on n'est pas certain d'en placer les extrémités dans le plan du détroit supérieur, le tubercule épineux de la dernière vertèbre bombaire, qui doit en indiquer la direction, n'étant pas toujours lui-même dans ce plan, ni facile à découvrir, surtout chez les sujets chargés de graisse; 2<sup>o</sup> parce que le rachitisme modifie le volume et la disposition des os du bassin; que des tumeurs peuvent se développer à leur surface interne; que les tissus d'enveloppe sont susceptibles de changement dans leur épaisseur et leur consistance: d'où il suit que les *trois pouces* qu'on déduit ordinairement (pour le pubis et la base du sacrum) du produit total obtenu par la mensuration externe, ne peuvent pas toujours être en rapport avec la quantité réelle qu'on devrait en soustraire. Cependant, malgré son incertitude, les praticiens continueront à y avoir recours, lorsque celle à l'intérieur ne pourra être employée.

Les pelvimètres internes sont subdivisés:

1<sup>o</sup> En ceux qui s'étendent du ligament sous-pubien à l'angle sacro-vertébral (doigt mesureur, pelvimètre d'Asdrubali, de Stein alné, d'Aitken, de Crève).

L'auteur prétend qu'ils sont tous inexacts, parce que la ligne qui se prolonge de la partie inférieure du pubis jusqu'au promontoire étant oblique relativement à la direction du diamètre sacro-pubien, il n'est pas possible de juger de l'un par l'autre au moyen d'une déduction invariable, par la raison que ce diamètre peut s'allonger ou se raccourcir, à la suite d'une espèce de torsion ou de mouvement de bascule en dehors ou en dedans qu'éprouve parfois le pubis pendant le rachitisme. Ajoutez-y la hauteur variable de cette symphyse, l'épaisseur de la vessie et du ligament inter-pubien qui peut s'ossifier et faire saillie en arrière, etc., et l'on aura une preuve de plus que ces deux longueurs ne conser-

vent point de proportion constante entr'elles ; enfin, quand la tumeur du cuir chevelu ou les fesses de l'enfant descendent plus bas que le plan figuré par la ligne promonto-sous-pubienne, il est impossible de porter ces pelvimètres sur les deux points voulus, et la mensuration par cette méthode devient aussi impraticable, que lorsqu'il s'agit d'apprécier une viciation occupant les diamètres obliques ou le transversal.

Ainsi donc le doigt, nommé *pelvimètre par excellence*, laisse beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude ! Comme instrument de tact, il a été appelé à juste titre la boussole de l'accoucheur ; mais comme instrument métrique, il perd tous ses avantages, parce que ce procédé indirect pour la mensuration du détroit supérieur est par trop fécond en faux-résultats. M. le docteur Vanhuevel cite, à cette occasion, des expériences qu'il a faites sur des bassins viciés, en mesurant avec le pied français l'étendue promonto-sous-pubienne, déduisant de la longueur obtenue 9 lignes, pour l'obliquité de la direction et l'épaisseur de la partie inférieure de la symphyse : il y a eu dans son calcul jusqu'à huit lignes d'erreur ! Qu'en fût-il résulté sur la femme vivante, où l'on se sert du doigt indicateur, dépressible à son sommet, mobile dans son articulation métacarpo-phalangienne, et où l'on rencontre la vessie qui rétrécit l'espace sacro-pubien, sans que sa présence soit appréciée par cette méthode?....

2° En ceux qui distendent le vagin en sens contraire (méthode de Barovero, le pelvimètre de Stark, de Kurzwichs, de Koeppe, de Wigand, de Siméon, de Stein le jeune, d'Osiander, de Jumelin, de Coutouly.

Ces pelvimètres directs n'ont pas le défaut de ceux de la classe précédente ; mais ils ont l'inconvénient de ne pouvoir être appliqués avant l'entière dilatation du vagin, ni même après qu'elle s'est effectuée, quand la tête ou les fesses de l'enfant sont descendues au point d'empêcher le développement de leurs liges.

3° Enfin, en ceux dont une branche, introduite dans le vagin, appuie sur l'angle du sacrum, l'autre sur la face antérieure du pubis (pelvimètre de Ritgen) ; ou bien, dont l'une branche pénètre dans le rectum, l'autre dans le conduit vaginal (intro-pelvimètre de M<sup>me</sup> Boivin.)

Le premier des deux pelvimètres, en supposant que son sommet arrive toujours au promontoire, peut induire en erreur, parce que la paroi antérieure du bassin, qu'il ne mesure pas, offre quelquefois jusqu'à 9, 10 et 12 lignes d'épaisseur, y compris la vessie et le tissu cellulaire du mont de Vénus, bien qu'on ne l'estime d'ordinaire qu'à un demi-pouce. Le second est inexact, parce qu'on n'est pas certain que la branche rectale reste en contact avec l'angle sacré, ou répond justement à ce point, ni que le sommet de la vaginale arrive jusqu'au bord supérieur du pubis, la position de cette dernière branche étant fixée par la rectale, dont la direction est déterminée à son tour par la tête du fœtus, par la base du sacrum et par l'ouverture anale.

À l'appui de ces objections, l'auteur du mémoire donne quelques observations de mensuration pelvienne pratiquée sur des cadavres avec les compas

de Baudelocque, le doigt explorateur, le pelvimètre de Coutouly et celui de M<sup>me</sup> Boivin, les seuls usités dans la pratique.

Il s'est trompé dans le premier cas :

De 7 lignes par le compas d'épaisseur,  
De 8 lignes par le doigt,  
De 6 lignes par l'intro-pelvimètre,  
Et de 1 ligne par celui de Coutouly.

Dans le deuxième cas :

De 9 lignes d'après Baudelocque,  
De 6 lignes par le doigt,  
De 12 lignes selon M<sup>me</sup> Boivin,  
Et de 0 par le pelvimètre de Coutouly.

Il est à remarquer que le pelvimètre de Coutouly n'a fourni des résultats aussi exacts que parce qu'il était appliqué sur des cadavres de femmes mortes peu après l'accouchement, lorsque le vagin n'opposait aucune résistance à la distension.

Dans deux autres cas, la mensuration a été faite sur des cadavres de femmes mortes de consommation pulmonaire, l'une dans l'état de virginité, à l'âge de 18 ou de 20 ans, l'autre ayant eu des enfants, paraissant âgée de 40 à 45 ans. Il y a eu erreur chez la jeune fille :

De 2 lignes selon Baudelocque,  
De 7 lignes par le doigt,  
De 8 lignes par l'intro-pelvimètre,  
Et de 4 lignes par celui de Coutouly.

Et chez la femme plus âgée :

De 5 lignes d'après Baudelocque,  
Et de 9 lignes selon M<sup>me</sup> Boivin.

La rigidité des parties génitales internes présentant une résistance insurmontable à la progression du doigt et au développement du pelvimètre de Coutouly, ces moyens n'ont pu être employés pour ce motif.

Le ligament inter-pubien ossifié formait en arrière une saillie de 3 lignes au moins d'épaisseur : c'est ce qui a augmenté l'erreur du compas de Baudelocque, lequel n'a eu autant de justesse dans le cas précédent qu'à cause de l'extrême émaciation et de la régularité du bassin.

Avant de quitter ce sujet, l'auteur ajoute que chaque fois il a eu beaucoup de peine pour introduire la branche rectale de l'intro-pelvimètre, les replis de l'intestin en arrêtant la progression. Il ajoute qu'il lui a été impossible de la tenir immobile sur le promontoire, pendant l'application de l'autre branche, parce qu'elle se dérange au moindre mouvement. Sur le dernier cadavre, l'introduction et l'articulation des deux branches étant opérées, un aide maintint l'extrémité de la rectale en contact avec la saillie des vertèbres, à travers l'incision des parois abdominales ; alors il essaya d'élever le manche de l'instrument jusqu'à ce que le bec de la vaginale atteignit le bord supérieur du pubis ; mais la tige inférieure s'est pliée à la mortaise qui donne pas-

sage à l'arc gradué de l'autre branche, tant le périmètre offre de résistance quand on veut le soulever outre mesure ou forcer son extensibilité naturelle.

Ainsi, les faits confirment ce que le Dr Vanbuevel a voulu prouver par le raisonnement, qu'aucun pelvimètre connu n'est exempt d'erreur; tous manquent de précision et ne donnent pas de garanties suffisantes pour éclairer le diagnostic, ou pour déterminer le praticien à agir d'après leurs indications, dans les cas difficiles de difformité pelvienne.

Puisque tant d'auteurs recommandables, dit-il, ont en vain cherché un mensurateur exact de bassin, on est naturellement porté à croire la solution de ce problème impossible. Aussi n'est-ce qu'en hésitant et avec défiance qu'il a entrepris de continuer leurs travaux. Pour le décider, il a fallu des preuves réitérées de l'insuffisance des procédés en usage et la persuasion que ce n'est qu'en mesurant rigoureusement toute la cavité pelvienne, que l'on pourra porter aux femmes contrefaites des secours éclairés et salutaires à leur délivrance. Enfin, encouragé par l'approbation de plusieurs de ses collègues, témoins des expériences qu'il a faites sur le squelette, sur le cadavre et sur la femme vivante au moyen de son pelvimètre géométrique, le Dr Vanbuevel croit être parvenu au but de ses constants efforts, en ayant simplifié son procédé primitif, de manière à pouvoir répondre maintenant sans difficulté à toutes les exigences de la pratique. Du reste, il laisse le public médical juge si son espoir est fondé, donnant, de la manière suivante, la description de ses nouveaux instruments et de leur mode d'emploi.

#### Son pelvimètre est composé :

1° De deux tiges (fig. 1<sup>re</sup>), dont l'une interne ou vaginale AA est destinée à pénétrer dans le vagin, l'autre externe BB s'applique sur la face antérieure du pubis. Ces tiges, rondes dans la plus grande partie de leur étendue, sont articulées ensemble au moyen d'une espèce de noix ou de bolte, qui les assujettit ou leur permet toutes sortes de mouvements.

2° D'une règle graduée qui sert de rapporteur (fig. 2).

Avec ces pièces, on mesure d'abord exactement le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. A cette fin, on commence par coucher la femme sur le dos, en travers d'un lit ordinaire, les jambes ainsi que les cuisses fléchies et écartées. L'opérateur, placé devant elle, tient de la main droite le pelvimètre desserré, la courbure de la tige vaginale en bas, du côté de la vulve; il insinue ensuite un ou deux doigts de la main gauche dans le vagin, jusque sur la saillie du sacrum, et fait glisser, le long des doigts introduits, le sommet de cette tige qu'il presse contre le promontoire, pendant qu'il la tient serrée au dehors entre l'index et le pouce gauches; de la main droite, il porte le bouton de l'ajoute E (fig. 1) de la branche externe sur le mont de Vénus, au niveau du bord supérieur du pubis. Un aide serre la vis de la noix F, et tout mouvement est arrêté.

L'instrument, retiré des parties de la femme, est approché de la règle graduée, pour juger de la distance précise des deux sommets. Après cela, on

desserre la noix, afin de rendre aux tiges leur mobilité.

L'opérateur insinue de nouveau l'index gauche dans la vulve, derrière la symphyse pubienne; la tige vaginale y est portée à son tour, concavité en avant, et retenue par ce doigt au niveau du bord supérieur du pubis; le bouton de l'ajoute E est remplacé sur le mont de Vénus, au même point et avec la même pression que la première fois (il serait facile de retrouver sa situation, en noircissant d'encre au début le cuir qui enveloppe le bouton); enfin l'aide resserre la noix, et l'opération est terminée.

Pour retirer l'instrument sans en déranger les rapports, on détourne la vis DD de la branche externe, ayant soin de la remettre après dans sa position primitive; on mesure ensuite la distance comprise entre les deux sommets, qu'on déduit du premier chiffre, et le restant donne exactement l'étendue du diamètre sacro-pubien.

On pourrait par le même procédé apprécier d'une manière assez juste les diamètres diagonaux. Après que la tige vaginale aurait été appuyée contre la symphyse sacro-iliaque droite, par exemple, ou bien sur l'angle du sacrum, si l'on ne cherchait à connaître que l'espace sacro-cotyloïdien (3 1/4 à 3 1/2 pouces), on placerait le bouton de la tige externe sur le rebord de l'éminence ilio-pectinée gauche, en dehors de l'artère crurale (il est inutile de déprimer les chairs de l'aîne, pourvu que l'on soit dans le plan du détroit supérieur); lors de la seconde opération, c'est au même point externe et derrière la paroi cotyloïdienne correspondante qu'il faudra porter les extrémités de l'instrument, pour déduire ensuite cette quantité de la première. Si la saillie des muscles adducteurs de la cuisse gênait l'application de la branche externe, on ferait allonger ce membre et fléchir celui de l'autre côté, en tenant la tige interne dans la partie supérieure de l'arcade pubienne.

Si l'on voulait mesurer plus exactement des diamètres diagonaux, on devrait ajouter aux pièces précédentes,

1° Une ceinture avec ressort en acier, se bouclant en arrière sur le sacrum (fig. 3 MM), portant en avant une plaque verticale F, qui s'applique sur le pubis. De cette plaque descendent un sous-cuisse, passant obliquement entre les fesses sur une tubérosité sciatique, et un tenon G, qui se termine par une bolte quadrilatère à deux valves, ouverte par devant et par derrière. Une vis H en rapproche ou en écarte les deux moitiés (voyez fig. 4). C'est dans cette bolte que s'engage l'extrémité de la tige BB.

2° Un rapporteur, formé d'une tige verticale LL (fig. 6 et 7), arrondie d'un côté, plane de l'autre, boutonnée en haut, crochue en bas. Cette tige passe dans la rainure d'une plaque I (fig. 7), qui la presse contre la joue postérieure d'un collier à charnière, quand la vis FF l'attire dans ce sens. Ce collier embrasse un cylindre, creusé carrément à l'intérieur et garni d'un petit ressort circulaire E, pour recevoir et retenir la tige externe BB.

A l'aide de cet appareil, on peut prendre toutes les dimensions internes du bassin. Pour cela, on

commence par mettre la femme dans une position convenable, c'est-à-dire, debout, les jambes écartées, le corps incliné en avant, appuyant les mains sur une chaise, afin de rendre saillante en arrière la région du périnée. De cette manière le sommet du cône pelvien se dégage d'entre les cuisses, et toutes ses parois intérieures deviennent accessibles au toucher. Les doigts, introduits par derrière dans le vagin, pénètrent à une plus grande profondeur, et la matrice, entraînée dans le sens de son inclination naturelle par cette position de la femme, porte le fœtus en avant en dégageant le détroit supérieur.

La ceinture étant serrée autour du bassin, la ligne centrale de la plaque verticale F répondant à la commissure vulvaire, l'opérateur, assis ou agenouillé derrière la femme, tient de la main droite le pelvimètre desserré (l'ajoute E en étant séparée) et insinue dans le vagin un ou deux doigts de la main gauche, qu'il place derrière le pubis, par exemple, s'il voulait mesurer ainsi le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal; il fait glisser ensuite, le long des doigts introduits, l'extrémité de la tige vaginale (fig. 3 AA); quand elle est arrivée à la hauteur voulue, il la maintient immobile en la pressant contre la symphyse, pendant que de la main droite il engage le bout quadrilatère de la tige externe BB dans la boîte du tenon; le bruit du ressort N indique qu'elle a pénétré à fond; alors il tourne l'écrou DD de la vis articulaire, et la tige vaginale se trouve invariablement fixée dans sa position.

Le premier temps de l'opération est terminé. Pour retirer l'instrument sans déranger les rapports, on détourne la vis H (fig. 4) du tenon; les valves de la boîte s'écartent et laissent échapper la tige BB, qu'on porte immédiatement dans l'ouverture du rapporteur (fig. 6); lorsque ces deux pièces sont liées l'une à l'autre par le jeu du ressort E, on applique l'extrémité boutonnée de la tige verticale contre le sommet de la vaginale, et l'on affermit sa situation par un tour de vis; enfin, on détache le pelvimètre du rapporteur, en poussant de l'index gauche sur le collier et en soulevant le ressort avec l'indicateur droit.

Avant de commencer le second temps de l'opération, on rend aux deux tiges leur mobilité, en desserrant l'écrou DD de la noix, et l'on ferme la boîte du tenon. Alors on porte de nouveau les doigts dans la vulve, jusque sur la saillie du sacrum; le sommet de la tige vaginale y est conduit à son tour et tenu immobile par la pression de l'index et du médius gauches, tandis que la tige externe est replacée dans son tenon. Cela fait, on tourne l'écrou de la noix, et tout mouvement est arrêté. Les mêmes précautions que la première fois sont prises pour dégager le pelvimètre des parties génitales. On l'assemble de nouveau avec le rapporteur, qui a conservé la position du sommet de la tige vaginale lors de la 1<sup>re</sup> application, c'est-à-dire, du bord supérieur du pubis; et comme ce sommet dans la 2<sup>e</sup> indique la place du promontoire (fig. 3 et 6, CC), il est évident que ces deux points marqueront les extrémités du diamètre sacro-pubien,

et qu'il suffira d'en approcher la règle graduée pour connaître leur distance précise.

Il est essentiel que le contact de la tige vaginale, d'abord avec les parois du bassin, puis avec l'extrémité du rapporteur, soit bien observé, crainte de faux résultats dans l'opération.

Pour mesurer les diamètres diagonaux et le transversal, le procédé est le même, sauf qu'on portera l'extrémité de la tige vaginale successivement derrière la cavité cotyloïde et devant la symphyse sacro-iliaque opposée, ou bien sur l'un et l'autre côté de l'ouverture pelvienne, en commençant à gauche. On aura soin, dans ce dernier cas, en appliquant le rapporteur, de mettre en haut le bout crochu qui s'adapte mieux à la direction oblique qu'affecte parfois le sommet de la tige vaginale; si l'on éprouvait quelque difficulté pour les séparer ensuite, on détournerait la vis de la noix, afin de ne pas déranger la disposition du rapporteur.

Les diamètres de l'excavation, moins élevés que le détroit abdominal, s'obtiendront avec plus de facilité encore et absolument de la même manière.

Quant au détroit inférieur, on pourra se passer de ceinture pour en prendre les dimensions, en formant de la tige externe et de l'extrémité de la vaginale une espèce de compas, dont on maintient les jambes à égale longueur, en serrant modérément la noix; porté sur les tubérosités sciatiques, ou sur le bord inférieur du pubis et sur la pointe du coccyx, puis sur le pied gradué, ce compas donnera exactement l'étendue des diamètres transversal et coccy-pubien.

Afin de réunir tous les pelvimètres en un seul, on prendra, pour avoir un compas d'épaisseur, une seconde ajoute, qui s'adapte par son talon creux sur l'extrémité courbe de la tige vaginale; aplatie, concave et terminée comme cette dernière en spatule (fig. 11), elle s'applique, par la concavité de son sommet, sur la face antérieure du pubis, la tige vaginale qui la supporte se dirigeant en arrière entre les cuisses, tandis que le bouton de l'autre ajoute, fixée sur la branche BB, est placé sur le tubercule épineux de la dernière vertèbre des lombes. La noix étant serrée par un aide, on dégage l'instrument comme nous l'avons indiqué plus haut, mesurant ensuite avec la règle graduée la distance comprise entre les deux sommets.

Tels sont les modes d'emploi de ce pelvimètre. Mais pour être bien faite, son application interne, comme toute opération délicate, demande un peu d'habitude et d'attention de la part de l'opérateur; elle fait supposer aussi qu'on pourra toucher les principaux points de la cavité pelvienne, en portant assez haut les doigts dans le vagin. Si cette condition essentielle manquait, mieux vaudrait alors n'avoir recours qu'à la mensuration externe, plus facile, plus prompte et dont les résultats ne seraient pas plus erronés que ceux d'une mensuration à l'intérieur, pratiquée au hasard.

Pour les praticiens qui recherchent avant tout la simplicité mécanique, l'auteur a fait construire un pelvimètre particulier de la première partie de l'instrument, montée sur un manche et augmentée d'une 3<sup>e</sup> tige, pour former compas d'épaisseur. Ces tiges sont carrées au lieu d'être rondes; les deux

plus longues, aplaties et courbées en avant, sont unies en arrière au moyen d'une articulation simple qui permet de les serrer et de les séparer facilement (fig. 8, 9 et 10). Un rapporteur, tournant d'un côté autour d'une petite vis, glissant de l'autre à travers un passant mobile, porte sur une face les divisions qui indiquent l'ouverture des deux sommets.

Lorsqu'on détache le rapporteur et qu'on renverse en arrière la branche supérieure, l'instrument se réduit aux deux tiges précédemment décrites, dont la plus courte est formée d'une seule pièce coudée, s'articulant avec la vaginale au moyen de la noix. Ce pelvimètre est d'un usage facile et s'applique parfaitement au diamètre antéro-postérieur.

Dans le même but, l'auteur en a fait faire un autre avec les deux tiges rondes de la fig. 1<sup>re</sup>, la règle graduée et la seconde ajoutée, la première faisant corps avec la branche BB. On aura ainsi réunis, d'une manière bien simple, un compas d'épaisseur et un compas ordinaire pour l'extérieur, plus un intro-pelvimètre pour le diamètre sacro-pubien et les deux diagonaux du détroit supérieur.

Ces derniers instruments, une fois connus, seront employés de préférence à tous ceux qui ont été cités plus haut, à cause de leur simplicité et même de leur justesse, quand il ne s'agira que des diamètres principaux; mais il faudra nécessairement recourir à un système un peu plus compliqué, du moment qu'on voudra juger rigoureusement de toute la capacité pelvienne.

Et c'est ainsi qu'on se trouve forcé à chaque pas de reconnaître le besoin d'une mensuration précise et illimitée de l'intérieur du bassin, comme étant le seul moyen de bien apprécier tous les obstacles qui peuvent s'opposer à la parturition. Puisse donc mon travail, dit le Dr Vanhœvel en terminant, attirer l'attention des gens de l'art sur ce point de la science, et contribuer à faire sortir la pelvimétrie de l'état d'enfance où elle était restée jusqu'à ce jour!

Grâce aux constantes recherches de M. le professeur Vanhœvel, on ne verra plus ces divergences d'opinion lorsqu'il s'agira de juger de l'étendue du bassin de la femme, ni, par suite, ces différences d'avis sur les moyens à employer pour terminer l'accouchement anormal; car ses procédés, basés sur des principes infaillibles, sont d'une application sûre, facile et nullement douloureuse. Ce seront désormais les pelvimètres que l'on emploiera dans la pratique alors qu'il faudra prononcer sur la bonne ou sur la mauvaise conformation pelvienne.

Nous avons nous-même mesuré ce canal dans tous les sens avec les instruments de M. Vanhœvel, et nous nous faisons un devoir de déclarer que nos résultats ont été d'une exactitude mathématique. Il a fallu réunir à la fois les connaissances du géomètre, celles de l'anatomiste et du gynécologue pour leur donner le degré de perfection qu'ils possèdent. Les derniers surtout nous ont paru d'une supériorité bien marquée, parce qu'ils joignent la simplicité à la justesse, et qu'ils sont appropriés aux diamètres les plus fréquemment viciés: aussi l'humanité et la science en retireront-elles des avantages incontestables, et nous ne doutons pas que les Universités et les Maternités ne s'empressent d'en faire l'acquisi-

tion. Nous engageons en outre tous les praticiens, dans l'intérêt de leur art, de se les procurer, la modicité du prix les mettant à la portée de chacun.

En résumé, nous dirons que cette découverte, une des plus belles acquisitions que la gynécologie ait faite depuis longtemps, honore la médecine belge.

C'est donc avec raison que les Sociétés médicales de Bruxelles et de Gand ont accueilli avec faveur le travail de M. Vanhœvel, travail que nous recommandons tout particulièrement à l'attention de nos lecteurs.

#### Explication de la planche.

Les figures sont réduites à la moitié de leur dimension.

FIG. 1<sup>re</sup>. — Elle représente la première partie de l'instrument, appliqué au diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. M, N, O, ligne droite supposée être la direction de ce diamètre chez une femme couchée sur le dos. — AA, tige vaginale ou interne, dont le sommet appuie sur l'angle du sacrum au point M. — BB, tige externe avec son ajout E qui supporte la vis DD, touchant à la face antérieure du pubis au point O. La tige pointillée CC indique la position de la vaginale derrière le pubis au point N, lors de sa 2<sup>e</sup> application. — F, noix articulaire qui unit les deux tiges.

FIG. 2. — Règle graduée en pouces et en lignes.

FIG. 3. — Elle représente l'instrument précédent, sans l'ajoute E, fixé à un bandage pour mesurer tous les diamètres internes du bassin. — MM, ceinture d'acier, garnie de cuir, avec sa plaque verticale F, son sous-cuisse D, son passant et ses boucles. — G, tenon formé de deux pièces que la vis H tient réunies. Ces pièces forment inférieurement une boîte quadrilatère, bevalve (fig. 4), munie d'un ressort N qui traverse de sa pointe la paroi de la boîte et pénètre dans l'épaisseur de la tige externe BB. — AA, tige vaginale dans sa 1<sup>re</sup> application. — CC, la même en pointillée dans la 2<sup>e</sup>.

FIG. 4. — C'est le tenon vu par derrière, pour montrer ses valves, sa vis, sa boîte quadrilatère, sa petite lame verticale et la pointe de son ressort.

FIG. 5. — AA, tige vaginale vue de face pour montrer son extrémité aplatie. — BB, tige externe avec son extrémité carrée. — C, vis ronde en haut et en bas, carrée au centre, de manière que la rondelle supérieure peut tourner autour, la moyenne et l'inférieure point. Ces rondelles reçoivent dans leur épaisseur les tiges vaginale et externe, qui, dépassant un peu leur surface plane, sont pressées par le disque intermédiaire quand l'écrou DD les rapproche l'une de l'autre.

FIG. 6. — Réunion du rapporteur avec le pelvimètre et la règle graduée. AA, CC, les deux positions (voyez fig. 3) de la tige vaginale. — BB, tige externe, engagée par son extrémité carrée dans le cylindre du rapporteur. Ce cylindre, creusé carrément à l'intérieur, arrondi à l'extérieur, ayant un rebord par devant et par derrière, est embrassé par un collier à charnière, dont les joues sont traversées par une vis (fig. 7), sur laquelle marche un écrou; elle passe en outre à travers une rondelle

I qui loge dans son épaisseur une tige verticale LL, ronde d'un côté, plane de l'autre, terminée en haut par un bouton, en bas par un crochet. Cette tige peut s'élever, s'abaisser, s'incliner en avant et en arrière, enfin tourner autour du cylindre avec le collier, de manière que son extrémité peut toujours être mise en contact avec le sommet de la tige vaginale. Un petit ressort E pénètre par sa pointe dans la tige horizontale, afin que ces deux pièces ne se détachent point l'une de l'autre.

FIG. 7. — C'est la reproduction du rapporteur, vu de profil. — FF, vis ronde à ses deux bouts, carrée au centre en traversant la joue postérieure du collier. — I, rondelle recevant la tige verticale LL et tournant autour de la vis. — O, ouverture carrée et pavillon du cylindre.

FIG. 8. — Compas d'épaisseur, composé de deux tiges carrées AA, CC, dont la supérieure présente un passant mobile pour l'alidade DD, et plus loin

un trou taraudé pour la vis qui fixe cette règle le long de la branche, hors le temps d'usage; l'inférieure en présente un autre pour la maintenir quand on se sert du compas d'épaisseur. Sur cette dernière branche est une noix articulaire, formée de deux rondelles, d'une vis et d'un écrou, pour serrer les branches AA et BB l'une contre l'autre.

Pour employer le compas d'épaisseur, il faut dégager de sa rondelle la branche BB. L'alidade est placée comme le montre la figure.

Pour faire usage du pelvimètre interne, on ôte le rapporteur; on renverse en arrière la branche supérieure (fig. 9), qui se détache avec facilité, et enfin on replace la tige BB dans la noix.

La figure 10 représente l'articulation du compas d'épaisseur, vue de face.

FIG. 11. — Ajoute qui se place sur le sommet courbe de la tige vaginale, pour former le compas d'épaisseur.