

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 13 février 2020 à Poitiers  
par **Camille Parnaud**

**La prise en charge de la dystocie d'engagement pendant  
l'accouchement du XVI<sup>ème</sup> siècle à nos jours**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Fabrice Pierre

**Membres** : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Monsieur le Professeur Jean Pierre RICHER

Madame le Docteur Diane DE VILLARDI DE MONTLAUR

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Fabrice Pierre





## RESUME

**Introduction :** La science médicale évolue à travers le temps et se régénère de manière successive. Certaines pratiques médicales et chirurgicales disparaissent ; de fait, l'enseignement lui-même est en constante mutation. Le but de l'étude est de retracer la prise en charge de la dystocie d'engagement au cours de l'Histoire au travers des écrits et des dessins obtenus dans les traités obstétricaux au cours des cinq derniers siècles.

**Matériel et Méthode :** Les données proviennent des traités obstétricaux de l'époque, des études historiques et médicales. La revue de la littérature a été effectuée sur PubMed, la Bibliothèque Nationale de France, Gallica, CAIRN, Biusante.parisdescartes. Le vocabulaire utilisé à l'époque est adapté avec des termes modernes. Cette étude ne se limite pas à la description purement historique des traités, mais à la réflexion des connaissances en mécanique obstétricale mêlée aux croyances de l'époque. Le plan de cette thèse suit un découpage en périodes historiques.

**Résultats :** Les avancées technologiques et découvertes intellectuelles ont marquées les siècles. De la mise en évidence de la dystocie mécanique à la dystocie dynamique, avec un toujours un réel désir de transmettre son savoir à travers les différents traités obstétricaux. Les différents siècles sont marqués par ordre chronologique par la transmission de l'Art des matrones aux chirurgiens, les débuts de l'extraction instrumentale, l'interventionnisme chirurgical par la symphyséotomie puis la césarienne avec enfin la place de l'imagerie et des ocytociques ; tout en faisant évoluer les différentes positions d'accouchement.

**Conclusion :** L'influence des pratiques ont été considérables, disparaissant pour ressurgir parfois plusieurs siècles plus tard.

La grossesse et l'accouchement sont des phénomènes d'une grande complexité et susceptibles de nombreuses déviations. Une vision claire de l'évolution de l'obstétrique, à travers les pans d'ombre et les avancées grandioses, permet d'en arriver à l'Art des accouchements sophistiqué que connaissent les sociétés développées d'aujourd'hui.

**Mots clés :** Dystocie, engagement, mécanique obstétricale



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 13 février 2020 à Poitiers  
par **Camille Parnaud**

**La prise en charge de la dystocie d'engagement pendant  
l'accouchement du XVI<sup>ème</sup> siècle à nos jours**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Fabrice Pierre

**Membres** : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Monsieur le Professeur Jean Pierre RICHER

Madame le Docteur Diane DE VILLARDI DE MONTLAUR

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Fabrice Pierre







Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (absente jusque début mars 2020)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUQUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe



#### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

#### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié

#### **Professeurs émérites**

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale



« Celui qui ignore délibérément les enseignements de l'histoire est  
condamné à répéter ses erreurs... »

George Santayana



*A mon fils,*



## REMERCIEMENTS

A mon Maitre et Président du Jury, Monsieur le Professeur Fabrice Pierre,

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider ce jury de thèse.

Merci tout d'abord de m'avoir confiée ce sujet cher à mes yeux, et de m'avoir épaulé tout au long de la rédaction de cette thèse.

Merci pour votre accompagnement durant ces cinq années et d'avoir fait naître en moi la passion pour notre belle spécialité.

Enfin, je vous remercie vivement de votre confiance pour la suite de mon cursus et de me permettre de poursuivre à vos côtés dès novembre prochain.

Trouvez ici le témoignage de mon admiration et mon profond respect



A mon Maître et juge, Monsieur le Professeur Xavier Fritel,

Merci pour votre rigueur et votre exigence nous poussant à aller au bout de nos capacités.

Votre enseignement nous apprend à nous remettre en question chaque jour pour pouvoir donner le meilleur.

Je vous remercie de me faire confiance pour la suite et de me permettre de poursuivre à vos côtés dès novembre prochain.

Soyez assuré de mon admiration et de mon profond respect



Monsieur le Professeur Jean Pierre Richer,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et de partager vos connaissances d'anatomiste en ce jour particulier.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.



Au Docteur Diane de Villardi de Montlaur,

Il était très important pour moi que tu sois juge de ce travail, car il est l'aboutissement de mon internat durant lequel, parfois jour et nuit, tu m'as accompagnée et tu m'as donnée le gout de cette belle spécialité qu'est la procréation médicalement assistée.

J'ai énormément appris à tes côtés, et, ta force de caractère et ta détermination m'ont permis de me dépasser chaque jours.

Je suis admirative de ton engagement, de ta loyauté envers ton équipe, tu es un réel modèle.

Mais plus que tout, merci pour ton aide et ton soutien indéfectible également sur le plan personnel.



Monsieur le Professeur Jacques Aries,

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de siéger dans le jury.

Merci d'apporter et de transmettre votre savoir en histoire de la médecine.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.



A ma famille,

A mes parents, qui m'ont poussée sans relâche tout au long de mes études jusqu'à aujourd'hui pour ce point final. Je serai pour toujours reconnaissante de l'implication familiale lors de ma première année d'étude, aux longues heures d'attente devant le centre d'examen jusqu'à la dernière minute. Merci d'avoir toujours cru en moi de façon « très objective ». Vous m'avez appris à ne jamais rien lâcher et à avancer malgré toutes les épreuves. A votre amour inconditionnel qui me rend plus forte chaque jour, vous me donnez le plus bel exemple.

A mes parisiens préférés :

A Agathe, ma petite sœur, mon premier bébé. A nos différences qui font notre force, à tous nos fou-rires et nos disputes. Merci de corriger mes fautes de grammaire et d'orthographe depuis (trop) longtemps, maintenant que j'ai passé ma thèse, je vais pouvoir étudier le Bescherelle. Je suis chanceuse d'avoir grandi auprès de toi et très fière de la femme que tu es aujourd'hui. A toutes nos prochaines et nombreuses péripéties.

A Simon pour accompagner ma sœur dans toutes ses passions soudaines et à répondre à toutes les questions politiques et gouvernementales de la famille sans jamais sourciller.

A mes tantes et tontons,

Tata Marie Claire et tonton Jean pour avoir été là pour tous les événements importants de ma vie. Je garde précieusement le premier stéthoscope offert pour ma première année. Merci d'avoir amené de l'amour, des gressins et du hounous maison le dimanche midi.

A tonton Alain et tata Paule, ma marraine : la seule personne rendant la fonction haut-parleur du téléphone sans grand intérêt. Merci de m'avoir soufflée des huiles essentielles sur le berceau étant petite, peut-être vient-elle de là mon envie de faire de la médecine.



A tata Christine et tonton Claude véritables rayons de soleil du Doubs. Merci de nous accueillir comme des rois à chacun de nos passages. Votre générosité a bien failli nous faire basculer sur un autre point cardinal.

A tonton Xavier pour m'avoir fait parcourir la ville à chacune de mes venues à Limoges, à coup d'aller-retour à la médiathèque. Je suis contente de te voir heureux avec Françoise. Il y a bien longtemps que nous ne nous sommes pas revu et cela compte beaucoup pour moi, que tu sois présent ce soir.

A mon grand-père Claude, pour tes encouragements tout au long de mes études. Je suis heureuse de t'avoir rendue fière.

A mes cousins,

A Adeline et Adrien et leurs tornades Zachary et Sacha, merci pour tous ces grands évènements qui ont permis à notre famille de se regrouper, à notre séjour en canoë pas toujours très bien équipé dans le Tarn. Ma cousine, à nos confidences interminables les nuits d'été, et à toutes nos chorégraphies très calquées sur un certain MJ.

A Juju Emmanuelle et leurs pépettes Sybille et Blanche, nos très récents « presque voisin ». Juju, pour les mille tours de magies inventés à la minute dont le résultat dépendait des conditions météorologiques, le plus précieux pour moi a été celui qui t'a fait revenir. Il me tarde que Joseph vienne voir ses cousines dans votre château.

A Sébastien, mon vilain petit canard préféré du sud-ouest, merci d'avoir joué le grand frère, et pour toutes les bêtises apprises, pas toutes avouables dans des remerciements de thèse. Tu as rempli mon adolescence de bonheur. A Axelle, pour ta force de caractère et tes regards qui en disent longs, tu es la seule personne capable de faire bouger Sébastien jusqu'à La Rochelle, je compte sur toi, on vous attend.

Pour toutes les vacances passées ensemble en Espagne qui resteront dans mes meilleurs souvenirs.



A Antoine et Eva, mes deux petits cousins, à nos rires et chamailleries, à nos jeux dans le noir et nos retrouvailles toujours exceptionnelles pendant les vacances.

A mes grands-parents partis trop tôt.

A ma grand-mère Georgette pour ta douceur et ta patience. A toutes les nombreuses histoires répertoriées dans les tiroirs de ta mémoire qui ont rendues notre enfance plus belle.

A ma grand-mère Colette, le vrai parti féministe de la famille, pour m'avoir incité à être une femme forte et indépendante.

A mon grand-père Julien, pour m'avoir construit 50 fois la maison des sept nains dans le garage, et pour avoir prouvé qu'on pouvait être toujours très souple à 75 ans. Tes citations philosophiques resteront pour toujours dans ma mémoire.

Vous m'accompagnez quotidiennement dans mes pensées. J'aurai tellement aimé que vous soyez présents ce soir.

A ma belle-famille,

Cathy et Jérôme, pour m'avoir accueillie les bras ouverts il y a dix ans et me soutenir dans tous les instants depuis. C'est un véritable bonheur de faire partie de votre famille. Je me suis trouvée toujours à ma place avec vous et je ne vous en remercierai jamais assez.

A Margaux, pour ta bonne humeur sans faille et ton optimisme à toute épreuve. Merci d'être toujours là quelque-soit les circonstances et bien plus.

A Emilien, la seule personne sur cette terre qui comprend mes goûts culinaires. On est très heureux d'habiter proche de chez vous.



Aux amis,

A MC, mon amie de toujours. A nos fous rires (et ils sont nombreux) et nos conversations infinies sans tabou ni arrière-pensée. Merci de me rendre la vie agréable depuis nos six ans.

A Chloé, mon alter ego. De nos folles années d'externat jusqu'au clic de souris pour partir à Poitiers ensemble. Ca y est, on y est, ça faisait un moment qu'on attendait ce moment. Merci d'avoir permis de transformer ces six années en un inoubliable et magnifique souvenir. A nos débriefings « code rouge » entre deux blocs et à toutes nos soirées passées entre rires et larmes, ton soutien m'est indispensable. Seul un regard suffit pour se comprendre. Et bien sûr à Paul ; à ta confiance insouciant en l'être humain quand Chloé conduit ta voiture. Merci de désamorcer nos lubies avec ton rire.

A Ly et à Maxime, ma sœur asiatique. De notre binôme d'externe jusqu'aux durs moments qui nous ont fait grandir, et, à notre voyage à l'autre bout de la planète. Tu nous as manqué tous les jours, comme quoi la distance et le temps n'a pas eu raison de notre amitié. Merci à Max d'avoir trouvé l'inspiration pour tous les grands évènements de nos vies.

A Sonia, à nos virées Londoniennes qui ne m'ont surement pas permis d'obtenir le niveau bilingue. Tu es mon modèle de force et persévérance, je suis chanceuse de t'avoir dans ma vie.

A Magali et ses nombreuses heures passées à discuter à travers un grillage. A nos escapades interdites et notre insouciance. Merci d'avoir rendu mon enfance fabuleuse.

A Martin et Chloé, à Mathieu, pour rendre n'importe quelle situation comique et de me faire rire aux larmes à chacune de vos venues. Vous êtes très importants pour nous, nous sommes privilégiés de vous avoir.

A Pauline, à nos personnalités opposées et pourtant ! Tu sais calmer n'importe quelle situation sans ne jamais vexer personne. J'admirerai toujours ta patience et ton empathie.

Au « Boloss du 17 » ma seconde famille de La Rochelle, ceux grâce à qui nous nous sentons chez nous sur un autre méridien.



A Anne-Charlotte, Luc, leurs déménageuses et gusgusdésolé, les casserons de la bande. Merci de nous permettre de nous évader à chaque fois que l'on passe le pont.

A Blandine, merci pour ta générosité sans limite. On te met 5\* pour le airbnb.

A Clémentine, Mathieu et Calvin pour être toujours là, même quand Clémentine a décidé de ne plus venir.

A Hanae, pour rire aussi fort que tu écris. J'espère que tu ne seras pas en retard aujourd'hui.

Au clan Benetton, Alice, Cyndie et Jeanne, à nos 20 ans, à nos très hauts et très bas, à l'amitié qui traverse le temps.



Aux médecins et équipes qui m'ont appris mon métier,

A l'équipe du CHU de Poitiers,

A Aurélie pour avoir traduit du toulousain et corrigé trois fois chacun de mes courriers.

A Marie D, la force de vivre, de nos gardes poitevines mémorables, à nos retrouvailles au Canada. Merci d'être restée authentique.

A Marie F, pour avoir fait résonner les couloirs avec ses sabots et garder la tête haute en toute situation.

Merci de m'avoir appris la rigueur et la précision indispensable de notre spécialité.

A l'équipe de médecine de la reproduction :

A Caroline et Stéphanie, pour m'avoir appris à manier les multiples protocoles et manœuvrer les cathéters.

A Lucie et Christelle pour faire de (très) beaux blastocystes.

A Ludivine et Laetitia, pour avoir jonglé avec mes plannings de dernière minute toujours dans la bonne humeur.

A Murielle, pour ta prévenance. Merci de m'avoir introduit à la biologie.

A l'équipe de gynécologie de La Rochelle, au sein de laquelle, j'ai eu le plaisir de débiter mon internat dans votre service il y a cinq ans.

A Yannick pour nous avoir signé notre permis d'être interne sans même nous connaître. Merci d'avoir eu la patience de nous apprendre les bases de la gynécologie, à un orthopédiste et une deuxième semestre c'était pas gagné. Merci pour ta bonne humeur à toute épreuve.

A Philippe pour m'avoir expliqué inlassablement la chirurgie fonctionnelle avec toujours autant de passion.

A Hélène, merci d'avoir dirigé mon premier mémoire qui aboutit aujourd'hui à ma thèse.



A Vivianne pour m'avoir appris la dimension humaine de la césarienne

A Jean Sébastien pour m'avoir appris à aller doucement pour aller vite.

Aux sages-femmes et leurs longues conversations nocturnes, batailles de gel, courses de chaise, aux multiples tirages de carte. Merci d'avoir rendu mes courtes nuits plus supportables.

Aux ibodes pour leurs patiences à chaque fois que les instruments défient les lois de la gravité.

A l'équipe de Rochefort,

A Adrienne, pour sa bonne humeur quotidienne et pour m'avoir permis de prendre confiance en moi.

Au cabinet de gynécologie de La Pallice, pour m'avoir supportée en lendemain de garde, et après mes premières courtes nuits de maman. Vous m'avez initié à un autre monde que l'hôpital. A nos rires le midi et à votre bienveillance à toute épreuve.

Aux Chirurgiens Viscéraux de La Rochelle, Hélène, Alexandre, Valérie et Pierre-Yves. Ce semestre est passé aussi vite que les temps opératoires. J'admirerai toujours votre justesse et dextérité.

Aux Chirurgiens Urologues de La Rochelle, Raphael, Alexis, Fred et Mr Lereboure pour m'avoir fait passer un semestre inoubliable. Merci pour votre générosité, c'était un plaisir de venir travailler tous les matins.

Aux infirmières de chirurgie A et C, Amélie, Clémence, Jessica, Charlène, Tom... pour les crises de rire de fin de journée. Merci d'être la « soupape » de sécurité de nos débuts.



A l'équipe d'endocrinologie du CHU de Poitiers, Xavier, Florence, Mathilde, Pauline, Aurélie pour ces six mois de stage « en terre inconnue ». Merci de m'avoir trouvé une place et démarré du niveau 0 toujours avec beaucoup de bienveillance.

Au service de médecine de la reproduction du CHU de Toulouse,

A Madame Lesourd pour son altruisme et sa gentillesse. Travailler pour vous a été un bonheur, merci de m'avoir donné un vrai rôle pour ces six mois.

A Cynthia et Clémentine et toute l'équipe du centre, merci mille fois pour votre accueil.



A mes co internes,

Martin, Raphael, Karima, Marlène, de nos premiers pas à nos dernières galères en passant par nos journées de l'ouest endiablées. Merci pour ces cinq années passées à la vitesse de l'éclair.

A Lucie, pour m'avoir toujours soutenue lors de mes débuts au CHU et continuer de le faire maintenant.

A Armance, pour m'avoir donné le courage de continuer, de m'affirmer et d'avancer.

A Jeremy, à ton enthousiasme constant et tes mots toujours rassurants.

A Aicha, merci d'avoir fait résonner les cœurs de mon mariage.

A Oudom, pour ton immense gentillesse et ton dévouement.

A Marie, pour s'être retrouvée en DESC et avoir parcouru les bars de Nice et Lyon.

A Romain, pour avoir volé toutes les palettes du CHU de Poitiers entre midi et deux et introduit à l'ASMR.

A Melissa, Camille, Pierre et Olivier, la procréateam, Merci pour ce semestre fabuleux.

A Léa, Marie, Julie, Laure, Thomas et Taufu : merci de m'aider à jongler entre ma vie d'interne et de maman



A Nicolas, mon mari,

A nos multiples déménagements et à nos voyages aux quatre coins du monde.

Au joyeux bazar qu'est notre fin de vie étudiante, depuis que notre clan de deux loups est devenu un clan de trois loups.

Merci de me faire rire chaque jour de ma vie depuis 10 ans.

# Table des matières

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION GENERALE .....	46
Histoire générale de l'obstétrique .....	46
L'engagement de la présentation fœtale.....	50
Dystocie d'engagement.....	52
Objectif.....	54
Méthode.....	54
DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL.....	56
I – XVI <sup>ème</sup> siècle : Premiers traités obstétricaux .....	56
A/ Eucharius Rosslin (1470-1526).....	56
B/ Jacob Rueff (1500-1558).....	60
C/ Ambroise Paré (1510-1590).....	62
D/ Geronimo Scipione Mercurio (15..-1615) .....	68
E/ Synthèse : Nutation et contre nutation .....	70
II- XVII <sup>ème</sup> siècle : Le positionnement pour éviter la dystocie.....	72
A/ Jacques Guillemeau (1550-1613).....	72
B/ William Harvey (1578-1657).....	76
C/ François Mauriceau « Roi Soleil de l'obstétrique » (1637-1709) .....	78
D/ Synthèse du siècle .....	84
III. XVIII <sup>ème</sup> siècle : L'émergence de la mécanique obstétricale.....	86
A/ Pierre Dionis 1643-1718 (a).....	86
B/ Pierre Amand (16?-1722).....	92
C/ Hendrick Van Deventer (1651-1726) .....	94
D/ William Smellie (1697-1763) .....	96
E/ André Levret (1730-1780).....	100
F/ Angélique Marguerite le Boursier Du Coudray (1712-1792).....	102
G/ William Hunter (1718-1783).....	104
H/ Jean René Sigault (1738-1780).....	106
I/ Jean Louis Baudelocque (1745-1810) .....	108
K/ Synthèse du siècle.....	112
IV. XIX <sup>ème</sup> siècle : Dénouement de la mortalité maternelle .....	114
A/ Gustave Adolf De Walcher (1856-1935).....	116
B/ Gustav Adolf Michaelis (1798-1848).....	118

C/ Stéphane Tarnier (1828 - 1897)-----	120
D/ Lucien Penard (1810-1890)-----	124
E/ Charles Marius Edme Pajot (1816-1896)-----	126
F/ Louis Hubert Farabeuf (1841-1910)-----	128
G/ Adolphe Pinard (1844-1934) : la symphyséotomie -----	130
H/ Synthèse du siècle -----	132
X. XX <sup>ème</sup> siècle : AVANCEES TECHNOLOGIQUES -----	134
A/ Pierre Rosa : La position de l'accouchement -----	134
B/ Claude Racinet (1937-...)-----	134
C/ Fernand Cathelin (1873-1945) : L'anesthésie péridurale -----	136
D/ Ian Donald (1910-1987) : L'imagerie obstétricale -----	140
E/ Henry Dale (1875-1968) : Travail dirigé -----	142
F/ Max Sanger (1853-1903) et Ferdinand Kehrer (1837-1914) : Dernier recours à l'accouchement dystocique -----	144
G/ Synthèse du siècle : l'explosion technologique -----	146
Discussion : XXI <sup>ème</sup> siècle-----	148
CONCLUSION -----	152
Références-----	155



Table 1 Leonardo de Vinci



Table 2 Jacob Rueff : De conceptu et Generatione Hominis

## PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION GENERALE

*« La science des accouchements comme toutes les créations humaines, ne reste pas stationnaire ; chaque jour les conquêtes de l'anatomie, de la physiologie de la pathologie la conduisent à un plus haut degré de perfection »*

Hantin, prénom. 1832. *Cours complet des accouchements et de maladies des femmes.*

### Histoire générale de l'obstétrique

La science médicale évolue à travers le temps et se régénère de manière successive. Certaines pratiques médicales et chirurgicales disparaissent ; de fait, l'enseignement lui-même est en constante mutation. Des idées neuves renversent des théories consacrées par l'habitude et respectées par le temps, qui paraissent obsolètes mais qui – parfois – ressurgissent en force.

Connaitre l'histoire de la médecine permet de comprendre pourquoi et comment nous en sommes à ce niveau de connaissance, et de prendre le recul nécessaire face à nos certitudes.

Ce travail débute au XVI<sup>ème</sup> siècle, et plus exactement au moment où le premier traité d'obstétrique, « Le jardin des roses des femmes enceintes et des sages-femmes », est publié.

Cette période fait suite à la Renaissance italienne avec les premiers dessins de fœtus *in utero* de Leonard de Vinci (Table 1). Leur réalisme frappant ne sera égalé, dans les traités obstétricaux, que des siècles plus tard.

Jusqu'aux XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècles, la matrone des villages est une accoucheuse empirique à qui la communauté fait confiance pour assister les femmes en couche Table 2. L'accouchement se fait au domicile ou dans l'étable. La naissance est en grande partie une histoire de femmes, les chirurgiens barbiers qui leur viennent en aide lors des accouchements difficiles n'ont parfois aucune connaissance obstétricale. (1)



*Table 3 Ignace Semmelweis 1818-1865*



*Table 4 Reine Victoria et sa fille ainé en 1844*

Le barbier était l'équivalent du chirurgien de nos jours.

A partir du XVIII<sup>ème</sup> commence à se développer le terme de chirurgien-accoucheur.

Il marque la fin du monopole de l'obstétrique pour les sages-femmes. (2)

L'art des accouchements connaît son apogée avec l'apparition de nombreux traités obstétricaux et une véritable transmission du savoir obstétrical dans la continuité de l'art chirurgical (3). C'est également l'apparition de l'extraction instrumentale et les méthodes de prise en charge de la douleur.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les travaux d'Ignace Semmelweis Table 3 sur la fièvre puerpérale, mettent en évidence l'asepsie, base de la réussite de toute intervention chirurgicale. Ce siècle est marqué aussi avec le début de la lutte efficace contre la douleur. Les premières anesthésies se font au protoxyde d'azote, à l'éther et au chloroforme. En 1853, la reine Victoria accouche sous chloroforme rendu alors célèbre sous le terme « d'anesthésie à la reine ». (Table 4)

C'est au XX<sup>ème</sup> siècle, que s'effectue le dernier tournant ce jour avec l'apparition de l'imagerie obstétricale, la péridurale, les ocytociques.

Le plus grand nombre de traités d'accouchements, publiés depuis 500 ans, traitent de ces révolutions partielles, et de ces principes.

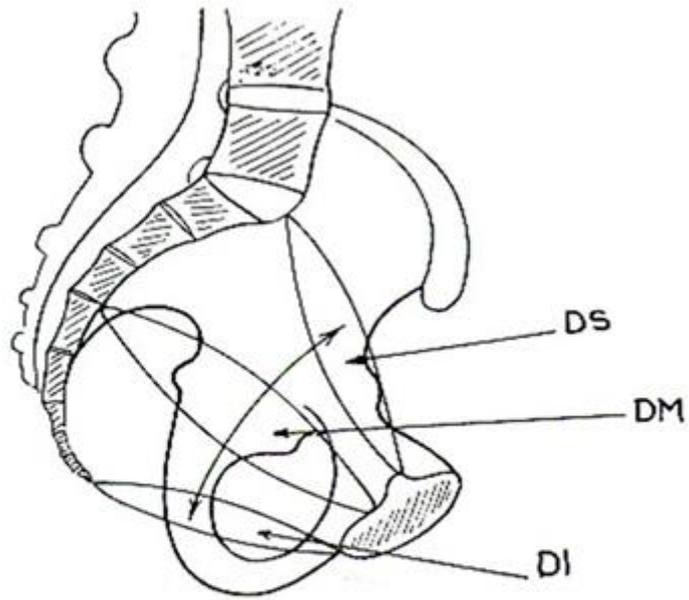


Figure 4 - B - vue de profil  
 DS : Déroit supérieur - DM : Déroit Moyen - DI : Déroit inférieur

Table 5 Schéma du bassin

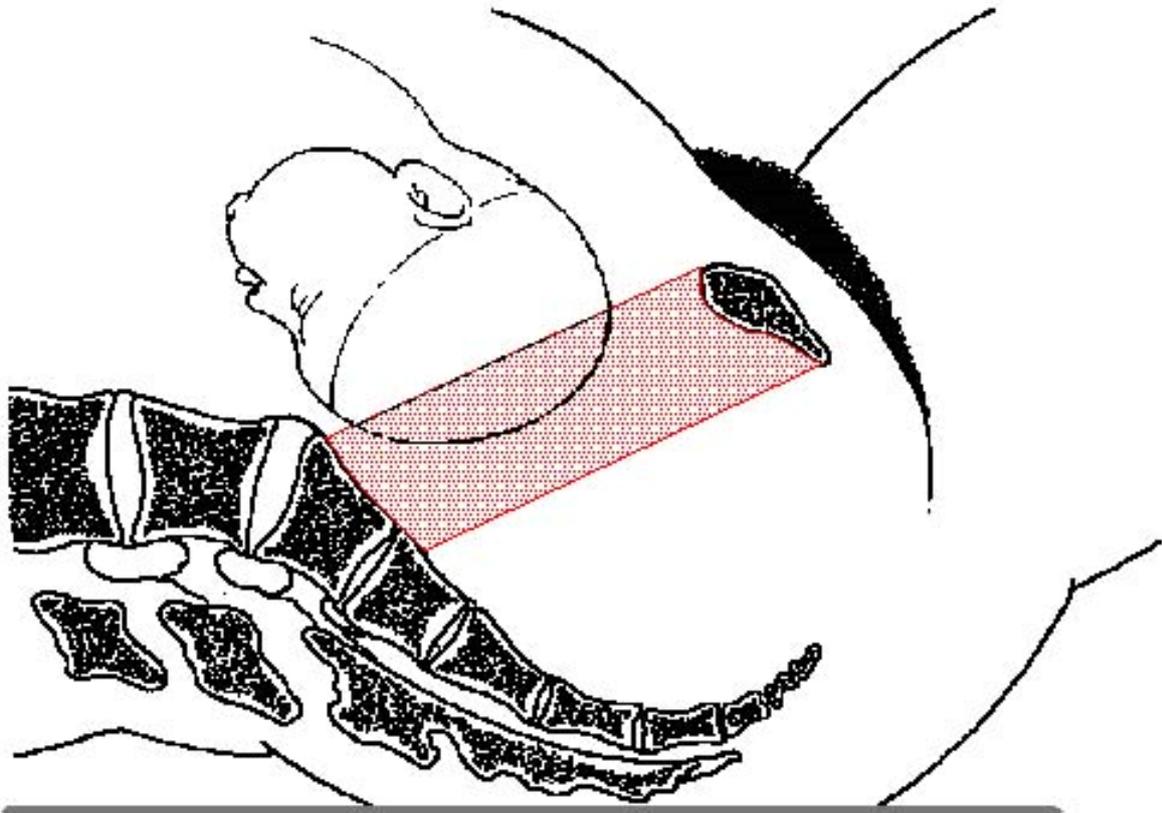


Table 6 Engagement fœtal, campus cerimes

## L'engagement de la présentation fœtale

L'accouchement par voie basse nécessite le passage de trois obstacles : le col, le bassin, le périnée. Ce passage se fait sous l'influence des contractions utérines renforcées par les efforts expulsifs maternels et peuvent être simultanés.

Le mobile fœtal s'engageant dans le bassin constitue la mécanique obstétricale.

Ce dernier est divisé en trois parties : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur (Table 5).

L'engagement est le premier temps de la deuxième phase de l'accouchement. Il correspond au franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation fœtale. (Table 6) (4)

Le bassin comprend quatre articulations : deux sacro-iliaques, la symphyse pubienne et l'articulation sacro coccygienne.

Au cours de la grossesse, l'imprégnation hormonale entraîne une hyper laxité articulaire et permet une augmentation de l'amplitude des mouvements de toutes ces articulations afin de faciliter l'engagement de la tête fœtale dans la filière pelvienne.

La notion d'engagement est fondamentale à la prise en charge obstétricale car elle présume, de nos jours, la possibilité d'un accouchement voie basse ou non.



## Dystocie d'engagement

Le mot dystocie vient de « dys » : difficulté et « tokos » : accouchement. La dystocie comprend l'ensemble des éléments qui rendent l'accouchement plus ou moins pénible, plus ou moins laborieux, et même impossible au moment du franchissement du détroit supérieur maternel.

De nos jours on distingue généralement deux sortes de dystocies :

- Les dystocies dynamiques qui correspondent aux dysfonctionnements du moteur utérin et/ou aux anomalies de la dilatation utérine
- Les dystocies mécaniques qui sont réparties en anomalies du contenant : les dystocies osseuses et des tissus mous ; en anomalies du mobile fœtal ; et enfin au disproportion foeto pelviennes.

Or, le diagnostic étiologique dépend d'une connaissance de la physiopathologie de ce syndrome. Des données cliniques et paracliniques permettent de mettre en évidence une anomalie du déroulement du travail. La distinction schématique entre les sortes de dystocies n'a parfois plus de valeur tant elles sont intriquées.

Au stade d'engagement, il peut s'agir d'une hypokinésie de fréquence et d'intensité, et/ou d'une anomalie mécanique (variété de présentation fœtale particulière). La vitesse de dilatation cervicale n'est plus liée aux propriétés mécaniques intrinsèques du col mais corrélée au poids fœtal, à la position maternelle et aux interactions mécaniques entre la présentation et le bassin.

Les traitements sont donc à mettre en œuvre au regard des résultats de l'analyse étiologiques en fonction de l'état des connaissances de la science.



## Objectif

Le but de l'étude est de retracer la prise en charge de la dystocie d'engagement au cours de l'Histoire au travers des écrits et des dessins obtenus dans les traités obstétricaux au cours des cinq derniers siècles.

En utilisant le point de vue de l'obstétricien, les connaissances et croyances anciennes, sont rediscutées à la lumière des méthodes modernes pouvant permettre de comprendre et d'analyser les nouvelles approches thérapeutiques.

## Méthode

Il s'agit d'une étude du XVI<sup>ème</sup> siècle au XX<sup>ème</sup> siècle, principalement en France, véritable pays innovateur en termes d'avancée obstétricale, et, plus généralement, dans les cultures occidentales.

Les données proviennent des traités obstétricaux de l'époque, des études historiques et médicales.

La revue de la littérature a été effectuée sur PubMed, la Bibliothèque Nationale de France, Gallica, CAIRN, Biusante.parisdescartes.

Le vocabulaire utilisé à l'époque est adapté avec des termes modernes.

Cette étude ne se limite pas à la description purement historique des traités, mais à la réflexion des connaissances en mécanique obstétricale mêlée aux croyances de l'époque.

Le plan de cette thèse suit un découpage en périodes historiques.

Henri IV  
1589 à 1600

François Ier  
1515 à 1547

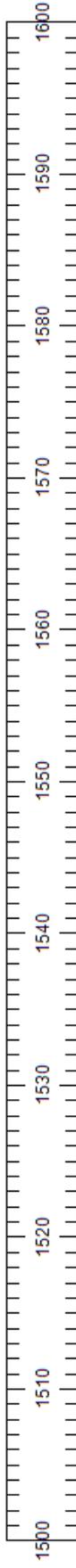
Renaissance Française

Eucharis Rossin 1470-1526

Jacob Rueff 1500-1558

Ambroise Paré 1510-1590

Geronimo Scipione Mercurio 15.-1615



## DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

### I – XVI<sup>ème</sup> siècle : Premiers traités obstétricaux

La connaissance de l'anatomie va connaître son essor au moment de la Renaissance française, soit après l'invention de l'imprimerie (milieu du XV<sup>ème</sup> siècle).

Le siècle débute après l'avènement de l'imprimerie au milieu du XV<sup>ème</sup> siècle. Le premier traité d'obstétrique paraît en 1513 (5).

#### A/ Eucharius Rosslin (1470-1526)

Eucharius Rosslin était un médecin à Francfort. A la demande de la duchesse Catherine de Brunswick-Lunebourg, alarmée du taux de mortalité infantile et maternelle, il publie, en allemand, l'ouvrage qui le rendit célèbre : « Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosegarten », en français : « Le jardin des roses des femmes enceintes et des sages-femmes (5) » (Table 2, Table 7).

Le succès de son traité est immédiat et sa renommée dure plus de deux siècles, il est réédité une centaine de fois entre 1513 et 1742 ; bien que l'on raconte que Rosslin n'aurait jamais accouché une femme de sa vie. En effet, son traité reprend les données d'auteurs de l'antiquité gréco-romaine, et servira de base à l'esprit critique des nouveaux traités qui contribueront aux progrès ultérieurs. Il constitue la base des connaissances obstétricales du début du XVI<sup>ème</sup> siècle.

Le livre est traduit en latin par son fils en 1532. Il est divisé en douze chapitres consacrés à l'embryologie, la grossesse normale et pathologique, l'accouchement, les présentations anormales, le post partum, l'allaitement, les soins aux nouveaux nés et enfin la stérilité.



Table 7 Rosslin présentant le traité à la duchesse

Chaises obstétricales.

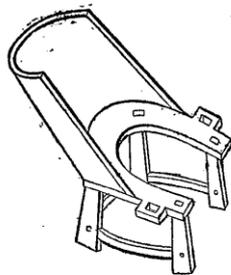


Fig. 167. — Chaise de Rosslin (Eucharius Rhodion), 1632.

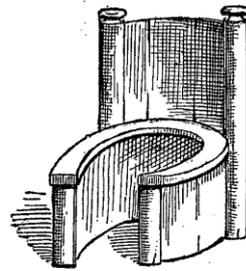


Fig. 168. — Autre modèle du même auteur.

Table 8 Chaises obstétricales de Rosslin



Table 9 Illustrations du Rosegarten

Il décrit l'usage de chaises obstétricales (Table 8) dont les premières datent de l'Antiquité. Il expose dans son livre un « modèle de chaise d'accouchement à dossier incurvé et incliné et munie de deux poignées latérales que la parturiente saisissait lors des poussées expulsives ». Ce sont les matrones qui opéraient à l'époque ; les parturientes étaient quant à elles, recouverte d'un drap blanc afin de préserver leur intimité. Rosslin ne donnera pas d'explication sur le bénéfice de l'accouchement sur ces sièges.

Il recommande également d'« enduire la vulve et le vagin d'huiles et de graisses de diverses natures », afin de faciliter la descente du fœtus dans la filière pelvienne maternelle.

Les croyances mystiques de l'époque sont bien ancrées, sans explication précise. Par exemple, et on peut lire dans le traité, que si l'accouchement tarde, il faut utiliser pierre aimantée ou attacher une valvule cardiaque de cerf sur le nombril de la parturiente ».

Si ces mesures sont vaines, il préconise de placer sous la chaise obstétricale des braises « sur lesquels on versera des ingrédients divers comme de la bile de vache et de la fiente de pigeon ». En dernière option, la sage-femme pourra introduire dans le vagin de la parturiente, une racine imbibée de « jus de rue officinale » connue pour ses propriétés abortives. (6)

Les illustrations du Rosegarten sont importantes à analyser, elles constituent un atout important du livre. Elles seront reprises dans plusieurs autres traités obstétricaux au fil des décennies. Il est à noter que les dessins ont été réalisés après la première représentation d'un fœtus *in utero* par De Vinci en 1510 (dessins publiés plus tard) et néanmoins sont plus éloignées de la réalité (Table 9).

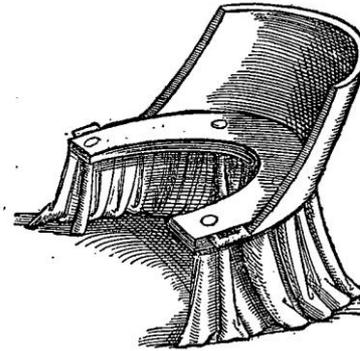
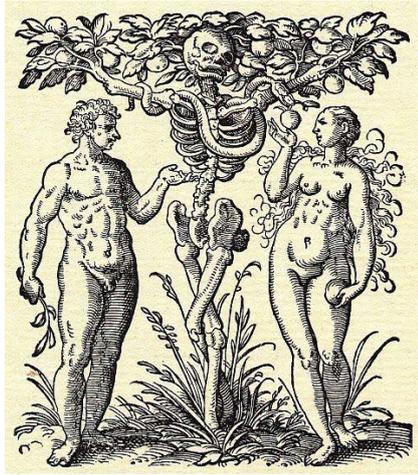
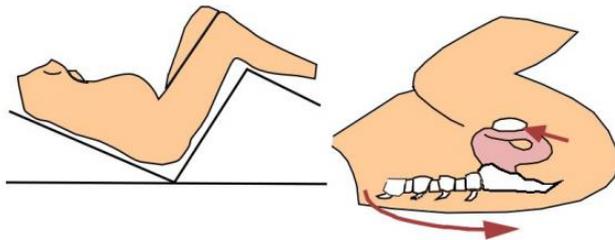
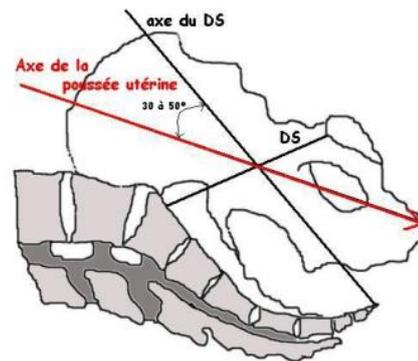


FIG. 169. — Chaise avec draperie de Rueff, de Zurich, 1654.

Table 10 Jacob Rueff : De conceptu et Generatione Hominis / Chaise obstétricale de Rueff



Source : UVMaF



Source : UVMaF

Table 11 Schéma du mécanisme nutation

B/ Jacob Rueff (1500-1558)

Jacob Rueff, était un chirurgien lithotomiste exerçant à Zurich.

Son ouvrage, intitulé « De Conceptu et Generatione Hominis » (7), est d'abord publié en allemand, puis en latin. Les figures anatomiques sont tirées du Rosegarten.

La notion de dystocie mécanique y est abordée par l'utilisation de l'expression utérine, non recommandée de nos jours, si le fœtus n'arrive pas à s'extraire.

Il traite également, sans l'évoquer en tant que dystocie dynamique, de masser le ventre de la parturiente avec de la graisse de poule, de l'huile de Lys et d'amande douce pour pouvoir déclencher des contractions utérines.

Il reprend le concept de la chaise obstétricale siège qui doit être surélevé de 4 pieds avec des appuis pour les mains et le dos, nécessaire pour les efforts de poussées. La parturiente devra y rester jusqu'à la délivrance (Table 10).

Ces chaises d'accouchements sont imaginées dès le Moyen-Âge ; une des plus connues étant le modèle de Rodion. Ce dernier respecte la liberté du sacrum, notamment sa nutation (Table 11), en ce que la symphyse pubienne peut se mouvoir en arrière et en haut.

Elle est obtenue par la flexion des cuisses sur le bassin, quand la parturiente se penche en avant, d'où son origine étymologique (nutare = saluer).

La distance qui sépare le promontoire du pubis diminue mais le plan du détroit supérieur se rapproche de la verticale et l'axe du détroit supérieur s'incline vers l'horizontale. Elle tend à faire coïncider l'axe de la poussée utérine et l'axe du détroit supérieur.

Il est difficile de savoir à qui revient le mérite de la première chaise d'accouchement, et si le mécanisme de nutation avait été compris dans son ensemble, car son fonctionnement est très peu détaillé dans les traités de ce siècle.

Il est cependant indéniable que la notion de positionnement avait été initiée, marquant ainsi le premier princeps de la mécanique obstétricale.



*Table 12 Ambroise Paré (1510-1590)*

## C/ Ambroise Paré (1510-1590)

La figure emblématique de la Renaissance médicale en France est incontestablement Ambroise Paré (Table 12) que l'on dénomme, avec raison, « Père de la chirurgie ».

D'origine modeste, il est l'apprenti d'un barbier chirurgien et n'a pas eu accès à une éducation supérieure classique. Il ne parle ni n'écrit en latin, ce qui permet à ses écrits d'être largement diffusés.

La faculté de médecine de Paris lui fait, en 1575, « un procès » car l'intéressé a livré des secrets médicaux - qui plus est, en langue vulgaire - alors même qu'il n'est pas couronné du titre de docteur en médecine. (8)

Il tient une meilleure connaissance anatomique que Rosslin, et ses écrits ne sont plus liés au fameux traité du début du XVI<sup>ème</sup>.

Son traité est publié en 1549, sous le titre de « Briefve Collection de l'administration anatomique » (9). Cet ouvrage comprend un chapitre intitulé « à la manière d'extraire les enfants tant morts que vivants du ventre de la mère ».



Autrefois les pieds escartez l'un de l'autre: autrefois vn seul bras, estant l'enfant hermaphrodite, comme tu vois par ceste figure.

Ancuns iumeaux, dont l'un d'eux vient la teste premiere, & l'autre les pieds, comme tu peux voir par ceste figure.

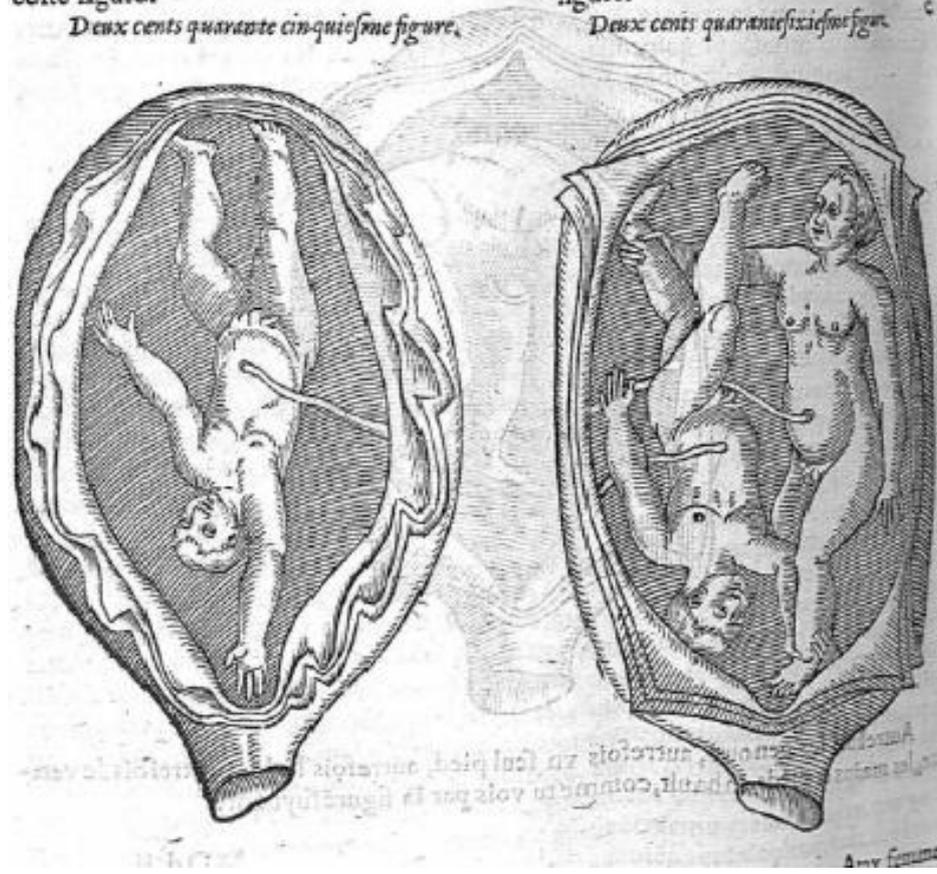


Table 13 Dessins tirés du traité d'Ambroise Paré

Il publie un second ouvrage en 1573, sous le titre de « Deux livres de chirurgie », comprenant un chapitre sur « de la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants hors du ventre de la mère » (10). Les illustrations tirées de ses traités rappellent à l'évidence celles du livre de Rosslin (Table 13)

Ambroise Paré suggère la position allongée contrairement aux chaises d'accouchements décrites précédemment. Il explique que la chaise était utilisée par « pudeur » pour la parturiente. Il donne une description très précise d'une scène d'accouchement, sur un lit avec les fesses légèrement surélevées. Il explique que cette position améliore la respiration et les efforts de poussée.

Il insiste sur la réinstallation de la patiente en cas de défaut d'engagement, sur la température ambiante de la chambre (ni trop chaude, ni trop froide), sur le positionnement de la mère au bord du lit avec les fesses surélevées à l'aide d'une surface solide quelconque « *afin d'éviter une courbure au niveau du dos* » et, enfin, sur le rapprochement des talons au niveau des fesses.

Cette position rappelle celle décrite par Rosa au XX<sup>ème</sup> siècle.

Il est persuadé, tout comme dans l'Antiquité, que les os pubiens sont capables de s'écarter et de bouger lors de l'accouchement, permettant ainsi le passage du fœtus.

Si, malgré le changement de position, le fœtus tarde à s'engager, il repoussera le fœtus avec la main pour réaliser une grande extraction. Il réintroduit ainsi de façon explicite, la version podalique interne anciennement proposée par Philoménos, Celse et Soranos d'Éphèse au VI<sup>ème</sup> siècle.

*« Le chirurgien ayant ainsi situé la femme, mettra la main doucement sans aucune violence dans la matrice : ce faisant cognoistra en quelle situation et figure sera l'enfant, et s'il est seul ou accompagné. Et supposé le fait qu'il fust tourné selon nature, ayant la teste au couronnement (Col de l'utérus) : pour deurement l'extraire par art, faut doucement le repousser contremont, et chercher les pieds, et les tirers près le couronnement : ce faisant tourneras facilement l'enfant : et alors qu'auras attiré ainsi les pieds, en faut tirer un hors, et le lier au-dessus du talon, en manière de laqs courant, avec un ruban semblable à ceux dont les femmes lient leurs cheveux, ou autre semblable, puis remettra ledit pied ainsi lié à la matrice : ce fait chercheras l'autre*

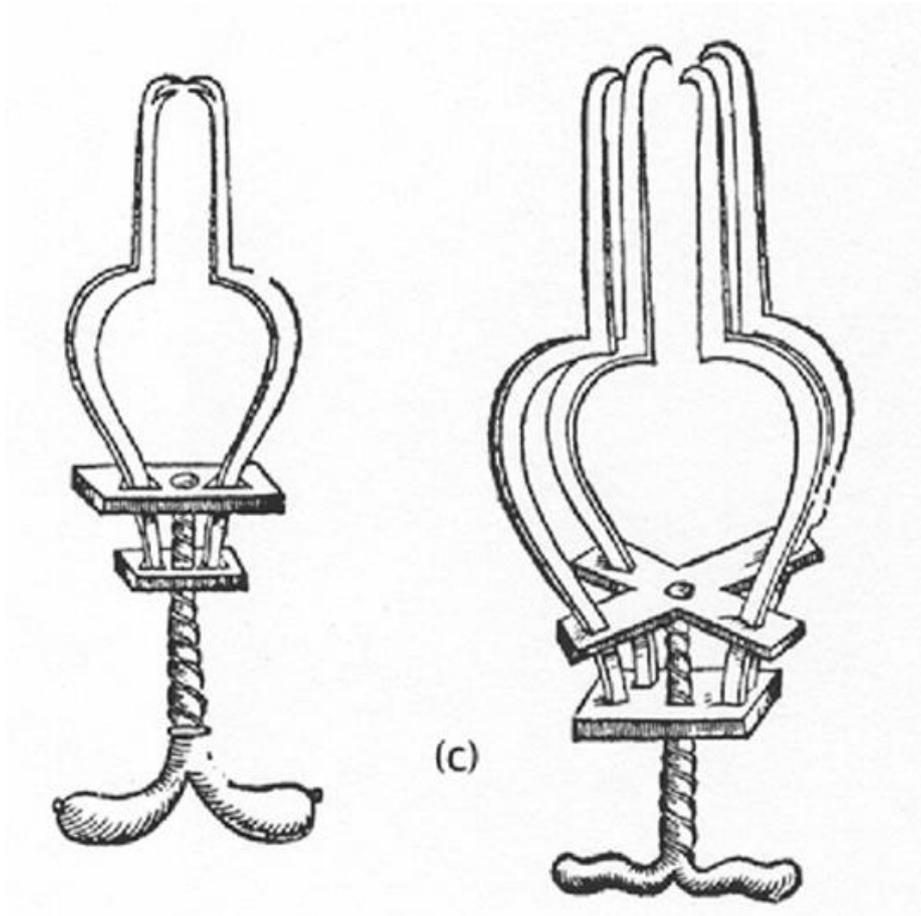


Table 14 Pieds de griffon extrait du traité d'Ambroise Paré

*pied, et l'ayant trouvé, le tirera hors, et alors tireras le lien ou l'autre pied estoit attaché : et se doit on bien donner garde, s'il y avoit deux enfants, de tirer une jambe de chacun en une fois : car par ce moyen on besongneroit en vain, et seroit on cause de la mort de la mère, et des enfants s'ils estoient vivans.»*

Après presque mille ans c'est la renaissance du principe de grande extraction. A une époque où le forceps n'existait pas et où la césarienne tuait toujours la mère, la version podalique représentait l'unique manuel opératoire efficace dans les situations dramatiques. Avant cette manœuvre, quand le fœtus se plaçait en mauvaise posture, l'accouchement se terminait inéluctablement par l'embryotomie.

Cependant cette dernière technique ne disparut pas pour autant, car Ambroise Paré lui-même décrit des instruments dénommés « pieds de griffon » destinés, dans un accouchement difficile à extraire la tête d'un enfant mort *in utero*. (Table 14)

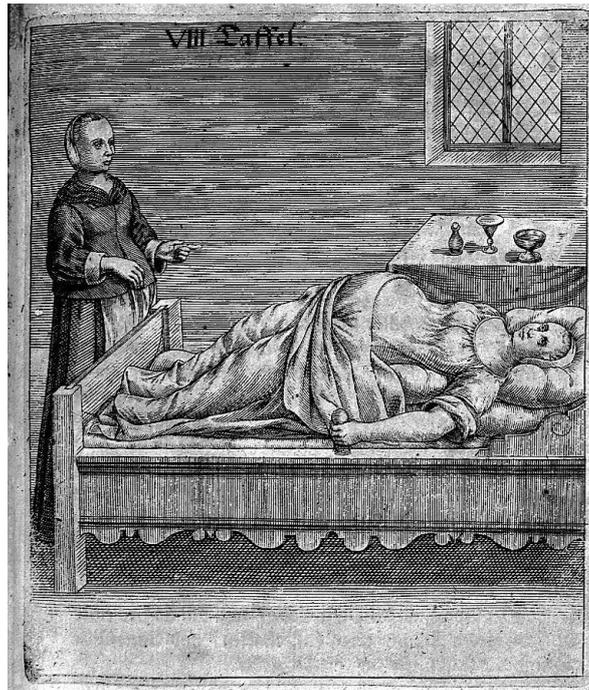


Table 15 Position accouchement préconisée pour la femme obèse

D/ Geronimo Scipione Mercurio (15.-1615)

Bien que l'Italie soit le berceau de la Renaissance scientifique et médicale, il fallut curieusement attendre 1596 – soit plus de 80 ans après la publication du Rosegarten – pour que le premier traité italien paraisse.

Geronimo Scipione Mercurio, moine dominicain et médecin formé aux universités de Bologne et de Padoue a assisté à de nombreuses dissections de corps de femmes enceintes.

« La Commare o Roccoglitrice » ou « La sage-femme ou l'accueilleuse » (11). Le livre se divise en trois parties ; la deuxième traite des situations obstétricales anormales et de la manière dont la sage-femme doit s'occuper des cas difficiles et dangereux.

Des gravures sont tirées encore du Rosegarten. Par ailleurs, une position d'accouchement très particulière apparaît : la parturiente se trouvant jambes pendantes et le dos complètement creusé. Il décrit cette position comme facilitant l'accouchement difficile, en particulier celui de la femme obèse. (Table 15)

Cette position est oubliée des traités obstétricaux du XVIII<sup>ème</sup> et du XIX<sup>ème</sup> siècle et « réinventée », en 1889, par l'obstétricien Allemand Walcher. Ce dernier expliquant que cette posture permet, par son basculement du bassin sur le sacrum, d'élargir le détroit supérieur d'un centimètre, facilitant l'engagement de la tête fœtale. Cette position fit polémique dans de nombreux congrès internationaux, imposant une orientation défavorable de la force utérine par rapport à l'axe d'engagement du bassin.

Après avoir connu un succès non négligeable, ladite position retombe dans l'oubli.

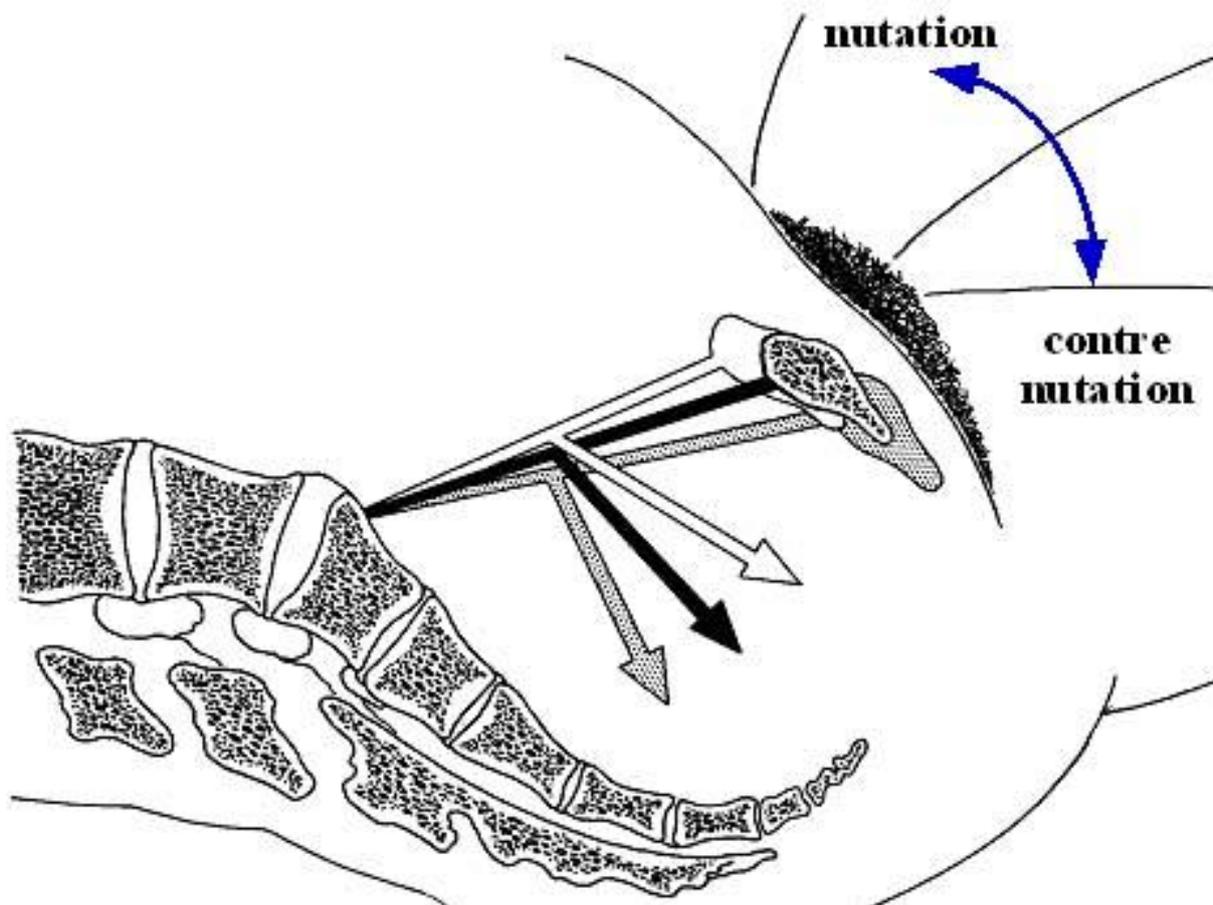


Table 16 Description schématique du phénomène de nutation / contre-nutation

## E/ Synthèse : Nutation et contre nutation

La réflexion sur l'engagement du fœtus dans la filière maternelle, est tournée autour du positionnement maternel.

C'est à cette époque, qu'est décrite, pour la première fois, la position semblable à celle « de Rosa » de nos jours.

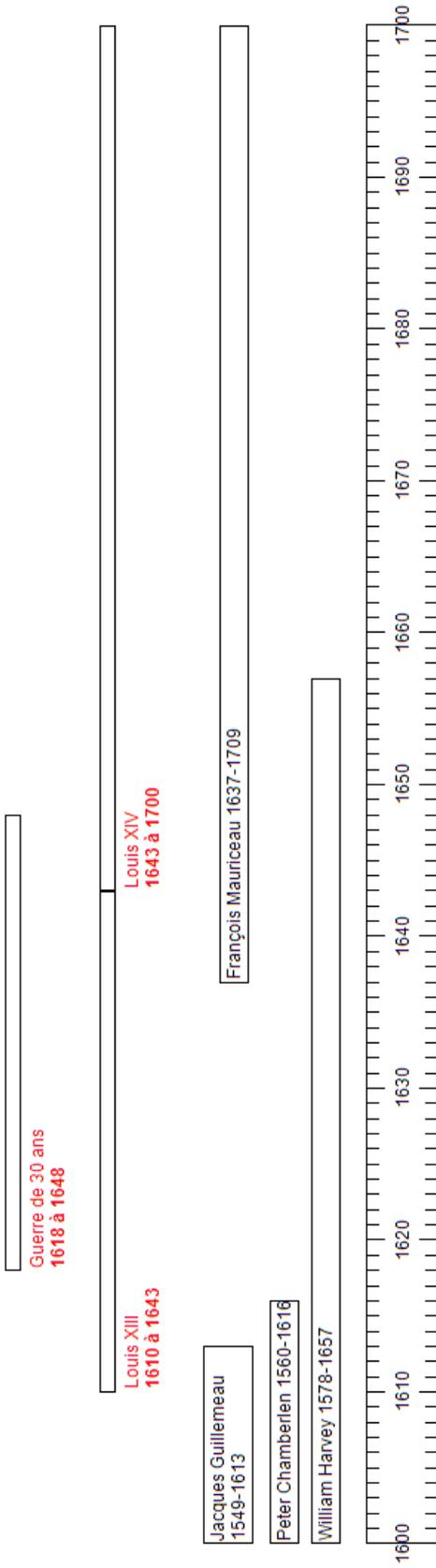
Les accoucheurs mettent en évidence le mouvement de bascule en avant et en bas de la symphyse pubienne en fonction du positionnement de la parturiente. C'est le mouvement de nutation et de contre nutation. (Table 16)

- Le mouvement de nutation consiste en un mouvement de bascule en avant et en bas du sacrum comme décrite lors de l'utilisation des chaises d'accouchements. Elle est obtenue par la flexion des cuisses sur le bassin quand le sacrum est fixe.

Dans l'hypothèse où la bascule en avant du pubis permet d'agrandir le détroit inférieur et de diminuer le diamètre promonto rétro pubien du détroit supérieur, elle permet une concordance entre l'axe de poussée utérine et l'axe du détroit supérieur (axe ombilico-coccygien) et diminue la lordose lombaire.

- La contre nutation, permettrait la bascule de la base du sacrum en arrière écartant ainsi les ailes iliaques. Ce mouvement agrandit la taille du détroit supérieur (augmentation du PRP) et pourrait favoriser l'engagement comme le décrit Geronimo Scipione Mercurio dans son traité en donnant l'exemple de la femme obèse(e).

L'augmentation des diamètres supérieurs et inférieurs liés aux mouvements ne sont pas les éléments les plus importants pour l'engagement du fœtus. C'est la concordance de l'axe de poussée qui facilite l'engagement dans le bassin. Ainsi la nutation doit être favorisée.



## II- XVII<sup>ème</sup> siècle : Le positionnement pour éviter la dystocie

Le XVII<sup>ème</sup> siècle constitue l'une des périodes les plus riches de l'Histoire de France, marquée par l'absolutisme monarchique, elle façonne l'Europe grâce à son expansion militaire et son influence culturelle.

A cette époque, l'influence du roi, notamment de Louis XIV (1638-1715) est non négligeable. Il insistera pour que les accoucheurs soient des hommes. Le médecin a un statut social plus valorisant pour la bourgeoisie que la femme et la sage-femme.

### A/ Jacques Guillemeau (1550-1613)

Nous commençons ce nouveau siècle avec Jacques Guillemeau (Table 17), le disciple le plus brillant et le plus apprécié d'Ambroise Paré.

Il est issu d'une famille au sein de laquelle se transmettait de longues dates une tradition chirurgicale. Il est l'élève du célèbre anatomiste Jean Riolan, médecin de Marie de Médicis. Il a servi les rois de France Charles IX, Henri III et Henri IV.

Particulièrement intéressé par l'art des accouchements, il publie son œuvre en 1609, intitulé « De la grossesse et de l'heureux accouchement des femmes » (12). Elle comporte près d'un millier de pages, se compose de 28 chapitres sur la grossesse, 28 sur l'accouchement et de 46 sur les maladies féminines.

Il catégorise deux types d'accouchements : « l'un naturel », « l'autre contre nature : regroupant *les femmes qui accouchent difficilement et avec beaucoup de peine pour différentes raisons, nécessitant le recours à un médecin et chirurgiens pour leurs accouchements* ».

Il décrit l'enfant au moment de l'accouchement « désireux » de sortir, « se tourne la tête la première et pousse de ses pieds le fond de la matrice ». (Table 18)



Table 17 Jacques Guillemeau 1549-1613

## CHAPITRE XVIII.



Table 18 Schéma d'un foetus dans la matrice

Il décrit la même position qu'Ambroise Paré pour l'accouchement, à savoir, la parturiente couchée au bord du lit sur le dos, les fesses surélevées et les talons rapprochés des fesses. Le lit doit être ferme et de moyenne hauteur pour la commodité de la sage-femme ou l'accoucheur. Une buche de bois doit être apposée au niveau des pieds de la parturiente afin qu'elle prenne appui dessus pour plus de force lors de la poussée.

La rupture prématurée des membranes n'est pas recommandée. Il fallait attendre qu'elles se percent d'elles-mêmes, au risque que l'enfant se retrouve à sec et que son passage soit ainsi empêché dans la filière génitale.

Pour les accouchements dystociques ou contre-nature, il explique l'installation de la femme avec en premier la vidange vésicale, possiblement à l'aide d'une sonde. Il préconise la même chose concernant les matières fécales. Il décrit des méthodes de lubrification vaginale en ayant recours aux remèdes qui ramollissent, humectent et relâchent la filière génitale pour la dilater et l'élargir afin de faciliter le passage du fœtus.

Dans la lignée de son maître Paré, il se montre adepte de la version podalique interne lorsque malgré l'installation le fœtus n'arrive pas à s'engager dans la filière maternelle. Il décrit même la technique dite « de Mauriceau » en cas de rétention tête dernière dans l'accouchement du siège. Cette méthode est expliquée dans la seconde édition de l'ouvrage de Guillemeau, publiée à titre posthume par son fils Charles en 1621. « *Pour que la tête ne demeure (dans la matrice), il faudra doucement tourner le corps de l'enfant, lui mettant le visage en bas et en mettant l'autre main le doigt index dans la bouche pour tirer la tête avec le corps* »



*Table 19 William Harvey*

B/ William Harvey (1578-1657)

William Harvey (Table 19) précurseur de l'obstétrique britannique, publie en latin vers la fin de sa vie « Exercitationes de Generatione Animalium » (13).

Dans la première partie de son « De Generatione Animalium » il s'occupe surtout de l'embryologie en se basant sur son maître Fabricius, et sur le développement de l'œuf de poulet.

La dernière partie du livre concerne les accouchements, intitulée « De Partu ».

On ne trouve pas de grandes nouveautés. Il conseille l'expectative, contrairement aux sages-femmes de l'époque trop interventionnistes à son goût. Cette doctrine sera largement suivie et deviendra une caractéristique de l'obstétrique britannique encore maintenue aujourd'hui.

Harvey s'extasie sur la plasticité extraordinaire de la matrice au cours de la grossesse, mais n'accorde curieusement qu'une importance réduite aux contractions utérines.

Les contractions utérines n'ont, selon lui, aucun lien avec l'accouchement dystocique et c'est l'activité musculaire de tout le corps qui permet l'accouchement. Il croit cependant que c'est le fœtus qui est actif de son accouchement et prend appui sur le fond de la matrice pour aider à l'expulsion.



Table 20 François Mauriceau



C/ François Mauriceau « Roi Soleil de l'obstétrique » (1637-1709)

*« La doctrine des livres, qui est un des remèdes les plus efficaces pour chasser l'ignorance, est tout à fait inutile à l'esprit si celui-ci n'est pas disposé à la recevoir »*  
(14) Préface du traité des maladies des femmes grosses et celles qui sont accouchées.

Célèbre accoucheur français, François Mauriceau (Table 20) se présente incontestablement comme la figure de l'obstétrique au XVII<sup>ème</sup> siècle. Il fait de l'obstétrique une discipline en tant que spécialité médicale de plein droit et fait table rase de nombre de préjugés et de superstitions qui régissaient jusqu'alors sur la pratique des accouchements. Il travaille à l'Hôtel Dieu de Paris, considéré à cette époque comme le meilleur établissement de soins d'Europe.

Ses ouvrages principaux sont, d'une part, le « Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées », doublé de ses « Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies » (15), et, d'autre part, ses « Aphorismes touchant la grossesse et les accouchements » (16). Ces ouvrages contribuent au passage médical du latin au français. Il est traduit en 6 langues, et est édité 7 fois en France de 1668 à 1740. Le point saillant pouvant être relevé est la préférence pour l'accouchement au lit plutôt que la chaise obstétricale, soit un tournant remarquable en adoptant la position allongée en position demi assise.

Il décrit l'habitude d'effectuer les manipulations et examens gynécologiques sous un drap. Cette méthode était sans doute une façon de sauvegarder la pudeur des patientes, mais aussi un moyen de cacher les instruments et techniques d'extraction dont on désirait garder le secret.

Dans son traité « Des Maladies des femmes grosses et accouchées », il recommande pour les femmes petites de ne se mettre au lit pour accoucher que le plus tard possible et seulement une fois que la poche des eaux était percée. Elles doivent en attendant se tenir debout et se promener dans la chambre. Cela permet une meilleure respiration et des contractions utérines plus efficaces grâce à la pesanteur de l'enfant.



*Table 21 French position de François Mauriceau*

Il recommande pour les patientes « maigres », d'humidifier leurs parties génitales avec de l'huile pour faciliter l'engagement et de faciliter le passage du fœtus.

Il décrit également la vidange vésicale et rectale afin de faciliter l'engagement.

Concernant la seconde phase du travail, il recommande la position couchée, une fois la poche des eaux percée, qu'il juge plus confortable pour les accoucheurs comme pour les femmes. Ce qui sera surnommé la « French position » donne un accès au périnée facilité et améliore la respiration de la parturiente. Il décrit qu'elle donne plus de force pour les efforts expulsifs et est plus sécurisante (Table 21). Elle se répandra en Europe et Amérique du Nord.

L'influence du roi Louis XIV sera importante. En effet il insistera pour que les accoucheurs soient des hommes et que l'accouchement se fasse sur le dos. Des lits de camps sont conçus pour l'accouchement, avec les épaules et la tête surélevées et une barre au bout du lit pour prendre appui.

Puis au fil des rééditions il préférera la position demi-assise à la position allongée.

Selon lui, la dystocie, ou « fâcheux accouchement », peut être classée en 3 catégories : le "*laborieux*", le "*difficile*", et le "*contre nature*".

- Il décrit l'accouchement "*laborieux*" comme étant un accouchement fâcheux en raison d'un travail plus long mais au cours duquel la mère et l'enfant ne souffrent pas.
- L'accouchement "*difficile*" est semblable au premier avec en plus quelques accidents qui le retardent et y causent de la difficulté.
- Celui "*contre nature*" est celui qui engendre l'intervention de la main du médecin à cause de la mauvaise position de l'enfant.

Dans l'accouchement "*laborieux*" et "*difficile*", la nature est assistée. Quant au troisième, le "*contre nature*", tous les efforts que la femme peut faire sont vains et inutiles, il n'y a dès lors que le chirurgien expert qui soit capable de la délivrer, sans quoi elle ne manquerait pas de succomber.

Paradoxalement, ce grand réformateur de l'obstétrique n'y apporte, pour ainsi dire, rien qui soit fondamentalement neuf. Même la manœuvre d'extraction de la tête dernière à laquelle la renommée a donné son nom, n'est pas de lui (réf. p40). (2)



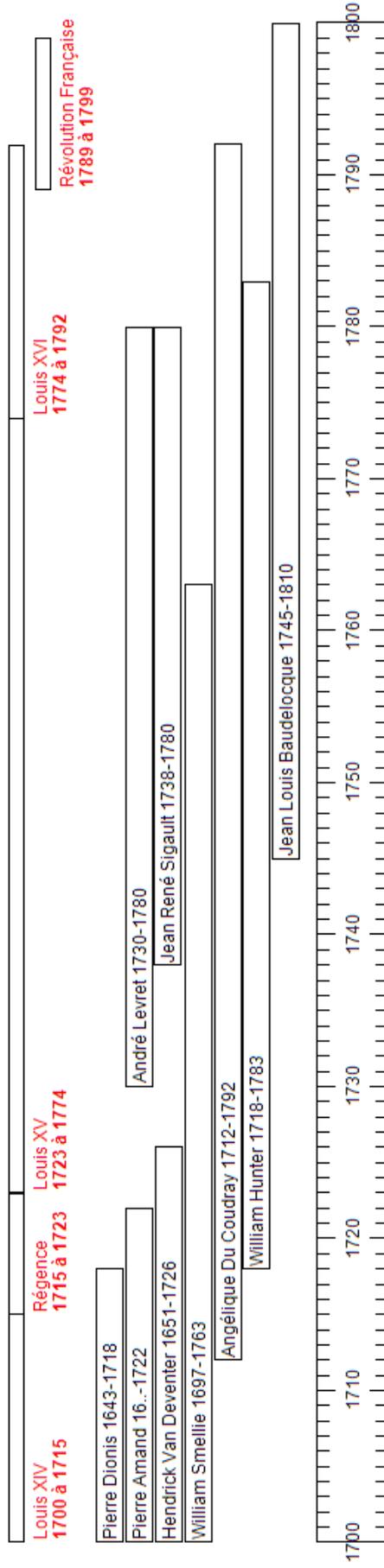
Nous retrouvons dans ses traités la description de la version podalique réintroduite par Ambroise Paré un siècle plus tôt. Il y précise les différents temps de la manœuvre : retournement du fœtus, traction sur les membres inférieurs, dégagement de la tête par abaissement du menton.



## D/ Synthèse du siècle

L'obstétrique occidentale a amorcé un tournant en adoptant la position allongée ou semi assise pour accoucher les femmes : d'une part, pour surveiller le travail, et, d'autre part, pour pouvoir exécuter les manœuvres obstétricales plus habilement.

Ce n'est qu'au XVII<sup>ème</sup> siècle que les accoucheurs ont eu quelques notions sur l'existence des rétrécissements du bassin et sur les obstacles qu'ils créent à la sortie du fœtus. C'est François Mauriceau en premier qui reconnaît en pratiquant la grande extraction que les os du bassin peuvent gêner l'accouchement.



### III. XVIII<sup>ème</sup> siècle : L'émergence de la mécanique obstétricale

Le XVIII<sup>ème</sup> siècle est le siècle des grands accoucheurs, entre autres : Levret et Baudelocque qui acquièrent une notoriété européenne. Les accoucheurs français ont le mérite de se battre pour l'élimination des pratiques superstitieuses et barbares qui encombrant l'obstétrique. C'est l'ère du mouvement philosophique et culturel des lumières en Europe, et plus particulièrement en France.

C'est pendant ce siècle que se développe le terme de chirurgien accoucheur ; de nombreux traités obstétricaux sont rédigés. Cette irruption de l'homme dans ce domaine a été favorisée par l'introduction de l'instrumentalisation exclusivement réservée au corps médical. Le forceps a été inventé au XVI<sup>ème</sup> siècle par Peter Chamberlain (1560-1631) mais connaît un succès important aux XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles. Il sera adopté par l'Académie Royale des Sciences en France en 1721.

#### A/ Pierre Dionis 1643-1718 (a)

Nommé chirurgien par Louis XIV en 1672. En 1712, Pierre Dionis (Table 22) devient médecin et premier chirurgien du dauphin, de la maison de France et de plusieurs princes de sang. En 1713, il devient accoucheur de la duchesse de Berry. Il enseigne l'anatomie et la chirurgie au jardin du roi.

Il était le cousin de Mauriceau, mais ne se priva pas de le critiquer. Il raconte d'ailleurs un cas d'accouchement difficile où Mauriceau s'était avoué vaincu, et lui parvint à extraire le fœtus.



Il raconte dans son « traité général des accouchements » (17) il décrit deux sortes d'accouchements : les *naturels* et les *contres-natures*.

- Les accouchements *naturels* se passent selon les règles prescrites par la nature à toutes les femmes et connaissent un heureux dénouement.
- Les accouchements *contre nature*, ou dystociques de nos jours, sont des accouchements aux accidents fâcheux, finissant pour la mère et pour l'enfant dans le malheur.

Il donne une définition très précise des qualités requises pour un chirurgien accoucheur : « ne pas être ni trop jeune ni trop vieux pour avoir la force de faire un accouchement laborieux, ne pas avoir de défaut corporel, rien de choquant dans son visage pour ne pas que la parturiente soit dégoûtée et enfin avoir la main longue et menue pour pouvoir réaliser les manœuvres internes. »

Il référence 3 causes d'accouchements dystociques (ou « contre nature ») : la mère, l'enfant, l'accoucheur.

Les accouchements contre nature d'origine maternelle sont selon lui :

- Soit une mauvaise constitution du corps, comme l'accouchement chez la femme jeune de 16 ans, sans que les parties du corps n'aient atteintes leur maturité, ou, l'accouchement chez la femme plus âgée, chez qui les tissus ne se dilatent pas avec la même facilité, ou encore, les femmes obèses ayant une trop grande quantité de graisse entourant la matrice et empêchant la dilatation, et enfin, les femmes maigres ayant une difficulté à étendre leurs ligaments.
- Soit causés par les passions de l'âme, dues à l'état d'esprit de la parturiente pouvant se sentir triste ou craintive à la douleur.
- Et par défaut, causés par des accidents auxquels on ne s'attend pas.

Il explique qu'il est mieux pour la femme en début de travail de déambuler, mais qu'il n'est pas nécessaire d'attendre que la poche des eaux soit percée pour qu'elle puisse s'allonger. La femme s'allongera avec les fesses surélevées afin d'améliorer la respiration et d'avoir plus de force pour pousser.



Il n'y a pas d'indication à rompre prématurément les membranes, sinon l'accouchement deviendrait laborieux.

Il explique que les os du pubis ne s'écartent pas pendant l'accouchement, contrairement aux croyances deux siècles plus tôt d'Ambroise Paré.

Il est persuadé que l'enfant force également pour sortir, et que les garçons ayant plus de force que les filles, s'expulsent plus rapidement

Il recommande de ne pas annoncer le sexe de l'enfant avant que la femme soit délivrée, car la déception risquerait de retarder la délivrance.



# NOUVELLE MACHINE

POUR TIRER LA TESTE  
de l'enfant, restée dans la Matrice.

**L**E TIRE-TESTE, ou la MACHINE, dont je vais faire la description, est un tissu de soye cramoisié, en forme de demi globe, de neuf pouces de diametre, & assez fort, au bas duquel sont attachez six cordons plats, longs d'un pied & demi chacun, écarterz les uns des autres d'environ deux pouces, & cinq petits anneaux, aussi de soye, attachez interieurement dans le globe, à deux travers de doigts du bord, dans lesquels l'on place les bouts des doigts écarterz les uns des autres d'environ un pouce, afin d'avoir la liberté d'embarasser la tête entre ces six cordons; j'en appelle un superieur, qui est celui qui est placé entre les anneaux; un inferieur, qui est ce-

Table 23 Extrait du traité de Pierre Amand

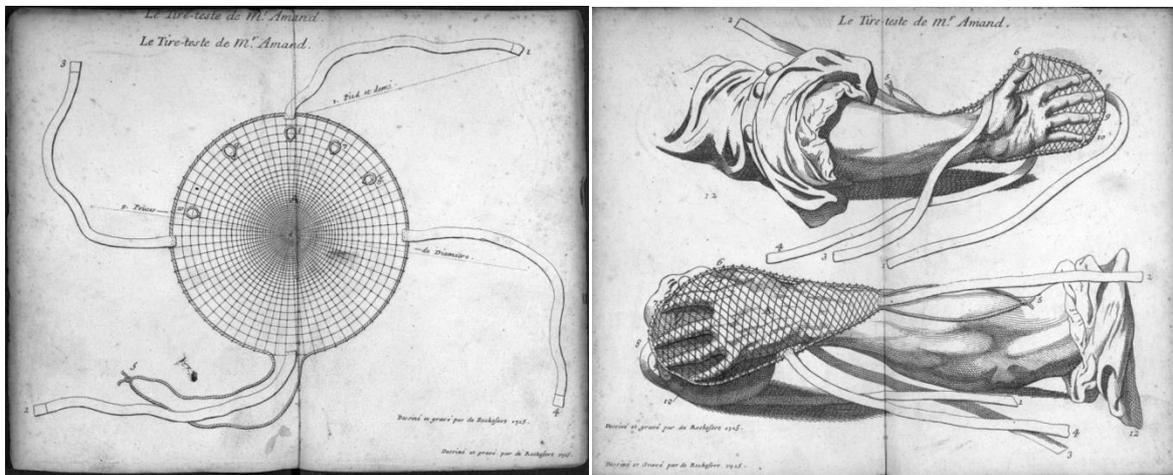


Table 24 Ancêtre de la ventouse

B/ Pierre Amand (16?-1722)

Le chirurgien Pierre Amand est un compatriote de Mauriceau.

Il publie un ouvrage intitulé « Nouvelles observations sur la pratique des accouchements, avec la manière de se servir d'une nouvelle machine pour tirer la tête de l'enfant » (18) Table 23.

Il met au point une invention pour retirer la tête fœtale restée dans l'utérus en cas de désolidarisation avec le corps fœtal lors de l'embryotomie. Cette invention permet d'éviter d'utiliser des crochets souvent délétères et dangereux pour la mère.

Ce tire-tête est fait de petites cordes entortillées, associé à un tissu en forme de rond de 9 pouces (23 centimètres) à déposer sur la tête du fœtus. Il est posé sur le pôle céphalique du fœtus à l'aide des cinq doigts de la main inséré dans les encoches prévues à cet effet. Puis on sert les cordages afin que la tête soit fixée à l'appareil et on tire afin d'extraire le fœtus (Table 24).

Ce procédé sera vite abandonné au profit du forceps.

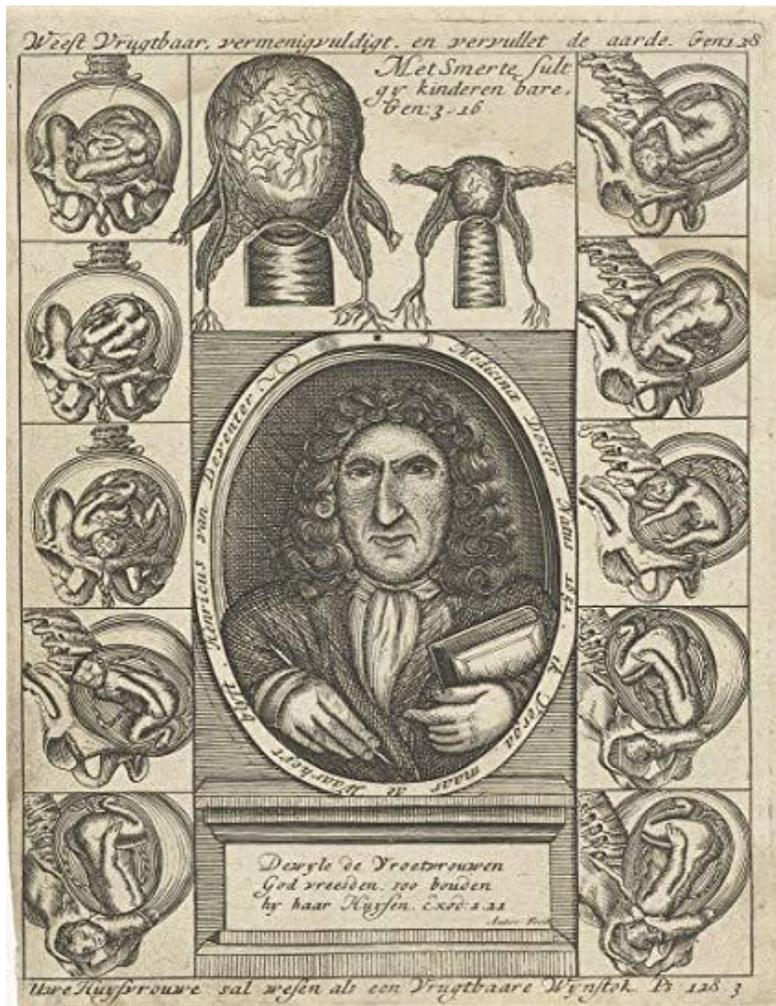


Table 25 Hendrick Van Deventer (1651-1726)

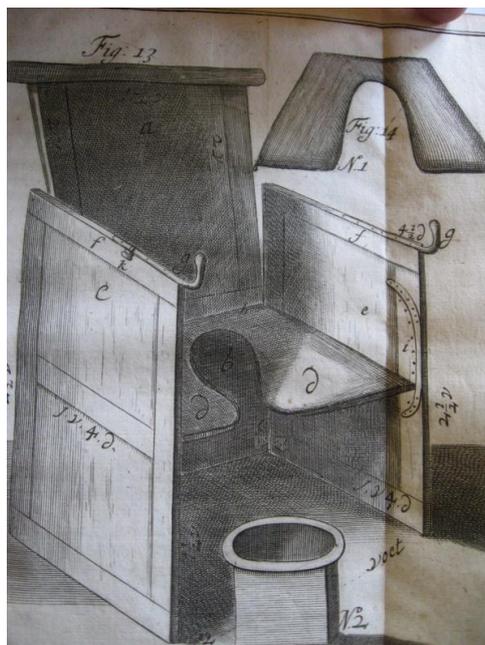


Table 26 Chaise d'accouchement

C/ Hendrick Van Deventer (1651-1726)

Le Hollandais Hendrik Van Deventer débute la pratique de son art au XVII<sup>ème</sup> siècle. (Table 25) Il jouit en son temps d'une réputation quasi comparable à celle de Mauriceau. Il eut dix enfants et accoucha lui-même le premier enfant de sa femme.

Il est l'auteur de deux œuvres principales publiées au XVIII<sup>ème</sup> intitulées : « Manuale operatien zijnde een nieuw ligt voor vroed messters en vroed vrouwen » (19) (Opérations manuelles en tant que nouvelle lumière pour les accoucheurs et les sages-femmes) et « Nader verthoog van de zware baringen » publié en post mortem par un membre de sa famille. (20) (Discussion ultérieure sur les accouchements difficiles)

Il y fournit une première description précise de variantes du bassin osseux féminin, dont un élément se trouve encore repris dans divers traités germaniques au début du siècle dernier, sous le nom de « bassin plat de Deventer ».

Il marque l'obstétrique pour avoir insisté sur la notion d'orientation et d'obliquité de l'utérus qu'il considérait être une origine plus importante de dystocie que les disproportions foeto-pelviennes.

Il revient de ce fait, contrairement à son collègue Mauriceau, à la position assise pour accoucher et conseille, à cet effet, l'utilisation d'une chaise percée de son invention, inclinable à divers degrés selon l'inclinaison de la matrice. (Table 26) La parturiente est alors installée sur la chaise d'accouchement avec le dossier incliné afin que le col soit le plus centré possible pour diriger la tête de l'enfant dans le bassin.

Si le changement de position ne permet pas à l'enfant de s'engager, il recommande alors de procéder à une grande extraction.

A l'instar de Pierre Dionis, il réfute l'hypothèse d'Ambroise Paré comme quoi les os du bassin maternel s'écartent lors du passage fœtal. Il est alors absurde de vouloir ramollir le pubis pour faciliter son écartement en y appliquant des cataplasmes émoullissants.

On retrouve une notion dans ses traités obstétricaux plus récents : « de petit travail » décrit par Deventer pour augmenter la fréquence des contractions par des pressions répétées au niveau du coccyx.

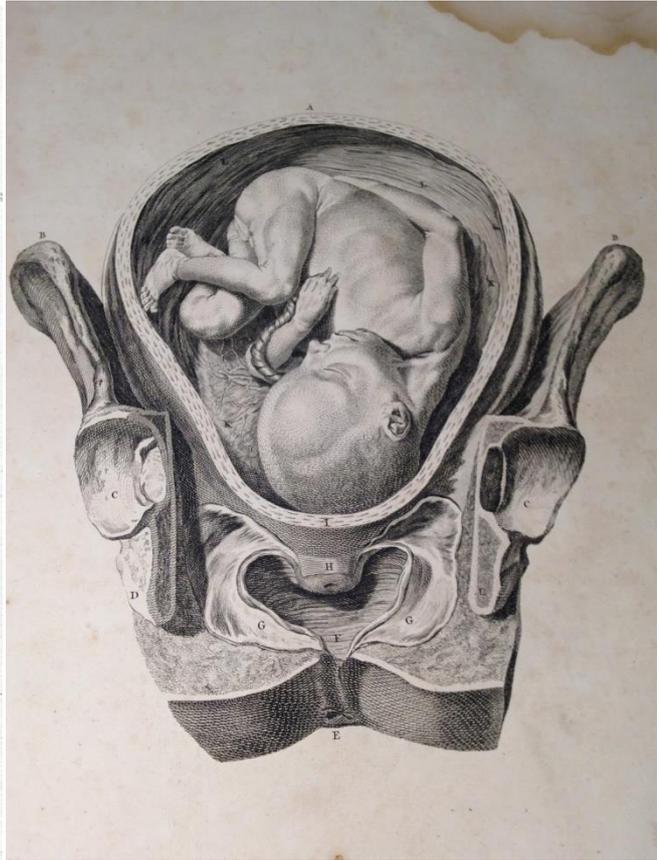
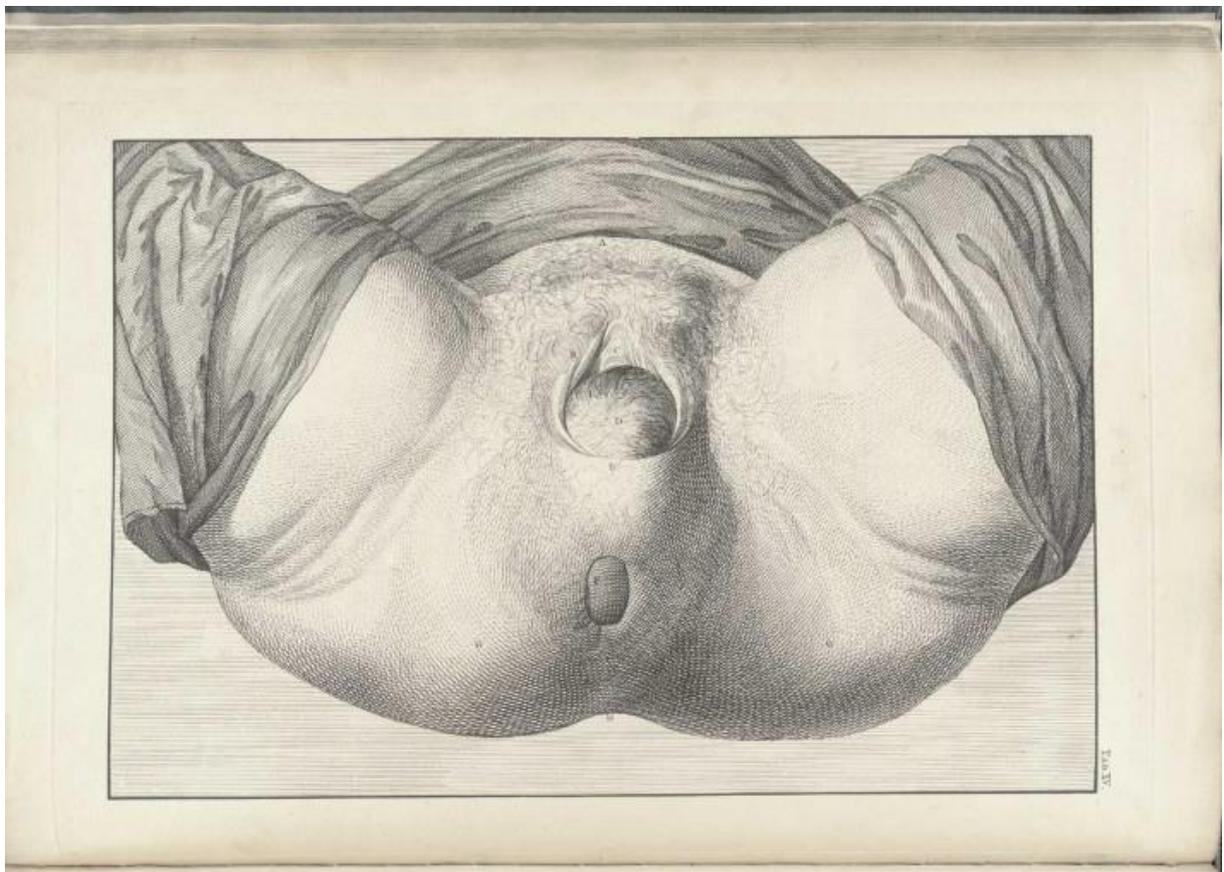


Table 27 Extraits du traité de W Smellie



D/ William Smellie (1697-1763)

Le maître de l'obstétrique britannique au XVIII<sup>ème</sup> siècle fut irréfutablement l'écossais William Smellie (Table 27) Il est natif de la ville de Lanark, situé à la limite entre l'Ecosse et l'Angleterre.

Enfant unique d'un couple de bourgeois aisés, il avoue lui-même avoir été un élève paresseux « plus préoccupé de sculpture et de peinture que par les livres ». On suppose qu'il fit son premier apprentissage médical sous la direction de John Gordon, chirurgien à Glasgow, et examinateur officiel des sages-femmes, qui orienta probablement son élève vers l'art des accouchements.

Smellie ouvrit son cours privé d'obstétrique à Londres en 1741. Avec l'aide de ses étudiants, il accouche gratuitement et à domicile, les femmes pauvres du district. (21)

Un apport essentiel de Smellie à l'enseignement de l'obstétrique fut le perfectionnement, et, l'utilisation intensive de mannequin qui permettaient non seulement de démontrer le diagnostic des présentations normales et anormales du fœtus, mais aussi le mécanisme de l'accouchement eutocique ou compliqué.

Smellie est le premier à fournir une description précise du mécanisme de l'accouchement exposé dans son « Treatise on the Theory and Practice of Midwifery » (22) Celui-ci comprend trois volumes dont le premier fournit les notions théoriques, les deux autres étant consacrés aux relations de non moins de 530 cas cliniques.

Avant lui, en effet, accoucheurs et sages-femmes n'avaient qu'une idée très vague de la manière dont s'effectuent l'engagement de la tête fœtale et sa rotation lors de sa descente dans le bassin maternel. Il insiste de même sur l'importance des rapports dimensionnels entre les différents diamètres pelviens et ceux du mobile fœtal. Etant donné que ce sont là des bases essentielles de toute conception logique des manœuvres obstétricales et en particulier des applications de forceps. Les générations d'accoucheurs et d'accoucheuses qui se sont succédé jusqu'aujourd'hui lui sont éminemment redevables.

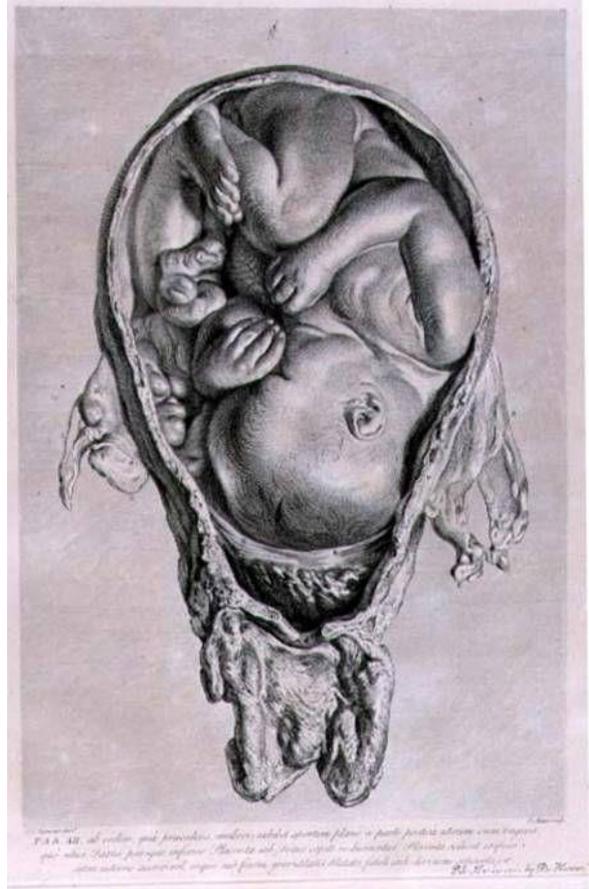


Plate XXV.

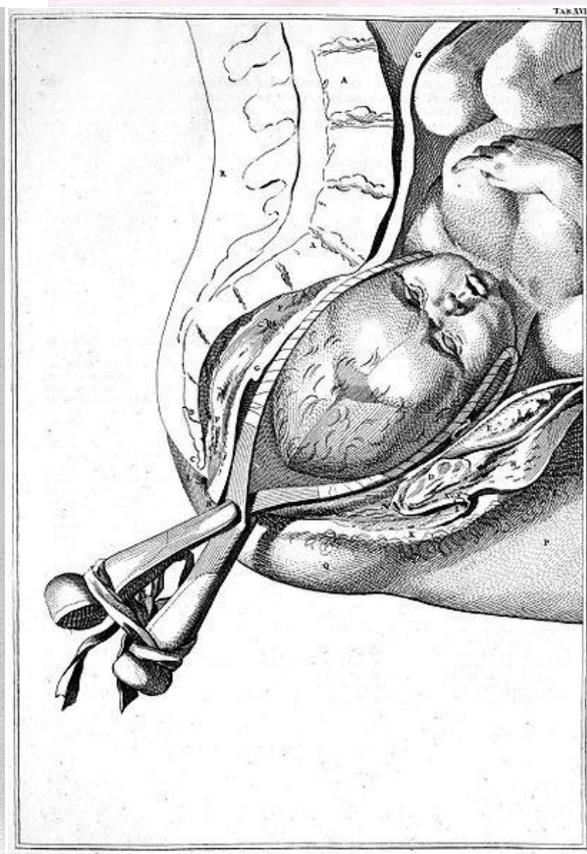
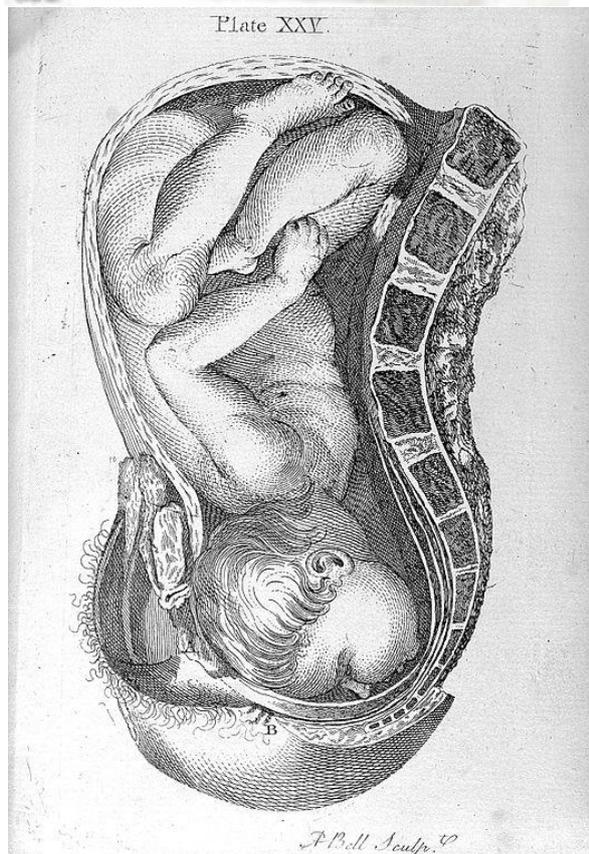


Table 28 Extrait du traité de Smellie, et forceps avec courbure pelvienne

Il reprend et détaille les trois sortes d'accouchement : les accouchements *naturels*, les accouchements *laborieux* où il faut faire usage du forceps ou même parfois des crochets et les accouchements *contre nature* qui sont ceux où l'enfant est extrait par les pieds ou par le siège.

Smellie produit en 1754, ses « Anatomical Tables » (23) magnifique atlas, contenant 39 planches d'une qualité inégalée à ce jour. Illustrant les principales situations obstétricales normales et pathologiques qui peuvent se rencontrer, ainsi que l'utilisation de divers instruments tels que le forceps. (Table 28)

Malgré son intérêt pour l'amélioration de l'instrumentation obstétricale, Smellie se montre très peu interventionniste, n'utilisant le forceps qu'une fois sur cent accouchements environ.

Smellie partage avec deux accoucheurs contemporains, à savoir le Français Levret et l'Anglais Pugh, la paternité de la courbure pelvienne du forceps (Table 28).



Table 29 André Levret

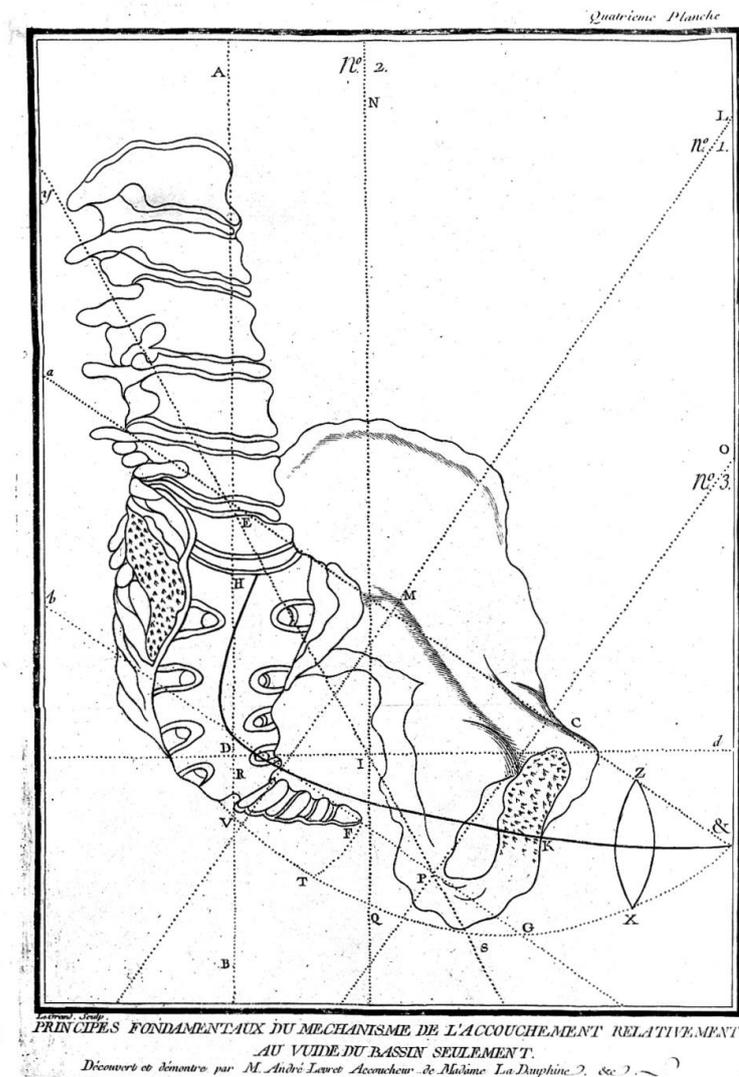


Table 30 Axe du défilé pelvien selon Levret

E/ André Levret (1730-1780)

André Levret (Table 29) peut être considéré comme le pendant continental de Smellie qu'il égalait en réputation.

Bien qu'ils ne se soient jamais rencontrés, ils s'estiment réciproquement, chacun étant bien au courant des travaux de son homologue.

Tout comme Smellie, Levret ne pratiquait pas son art en milieu hospitalier et avait ouvert un cours particulier où accouraient des élèves des quatre coins de l'Europe.

Il publie de nombreux ouvrages et articles principalement consacrés à l'obstétrique et à la gynécologie. Ses deux œuvres principales sont « Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux - 1747 » (24) et « Art des accouchements, démontré par des principes de physique et de mécanique - 1753 » (25). Ses écrits connurent un énorme succès à travers toute l'Europe.

Levret tente d'expliquer le mécanisme des accouchements par diverses constructions géométriques ainsi que par l'application de certains principes élémentaires de physique. C'est ainsi qu'il cherche à définir mathématiquement le rythme de croissance de l'utérus au cours de la grossesse et qu'il fut amené à fixer le plus précisément possible l'axe du défilé pelvien. (Table 30)

Il est l'inventeur du forceps éponyme, forceps à branches croisées sans tracteur dont le rayon de courbure pelvienne est court et l'articulation des deux branches est fixe.



*Table 31 Mannequin utilisé par Angélique Du Coudray*

F/ Angélique Marguerite le Boursier Du Coudray (1712-1792)

Madame du Coudray, sage-femme parisienne d'origine auvergnate, est l'auteure du célèbre mannequin pour enseigner l'art des accouchements.

Son mannequin (Table 31) reproduit fidèlement l'anatomie du petit bassin féminin imitant les viscères et le contenu de l'utérus gravide de façon à pouvoir enseigner le mécanisme de l'accouchement et ainsi effectuer les manœuvres obstétricales applicables aux diverses dystocies.

Elle effectue une tournée dans toute la France afin d'apprendre aux sages-femmes une pratique en opposition aux théories des traités qu'elle ne jugeait guère compréhensible. Elle disait « *c'était à leurs yeux et à leurs mains qu'il fallait parler* »

Elle écrit tout de même « l'art des accouchements » (26) dont les dernières éditions furent éditées en couleurs. Elle aurait sauvé la vie dès leur naissance à certains illustres personnages tels que Necker et La Fayette.

Elle a le mérite de diffuser un enseignement obstétrical structuré dans toute la France pendant un quart de siècle.

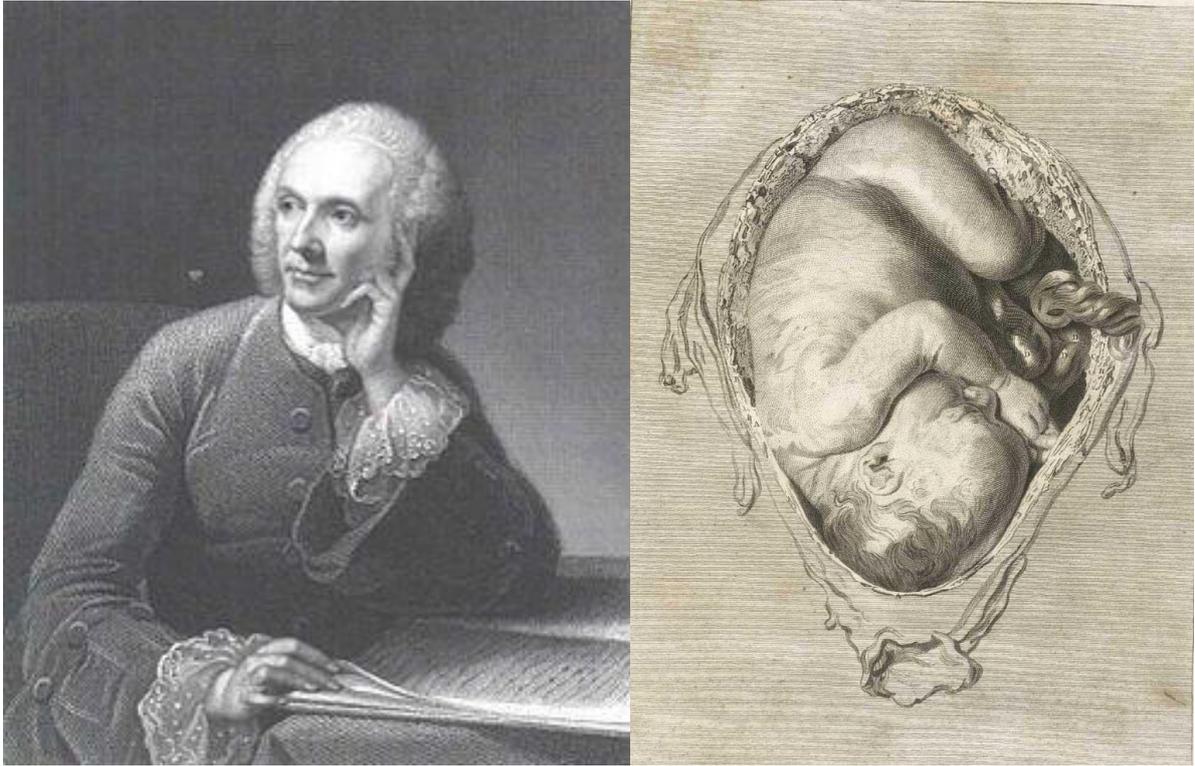
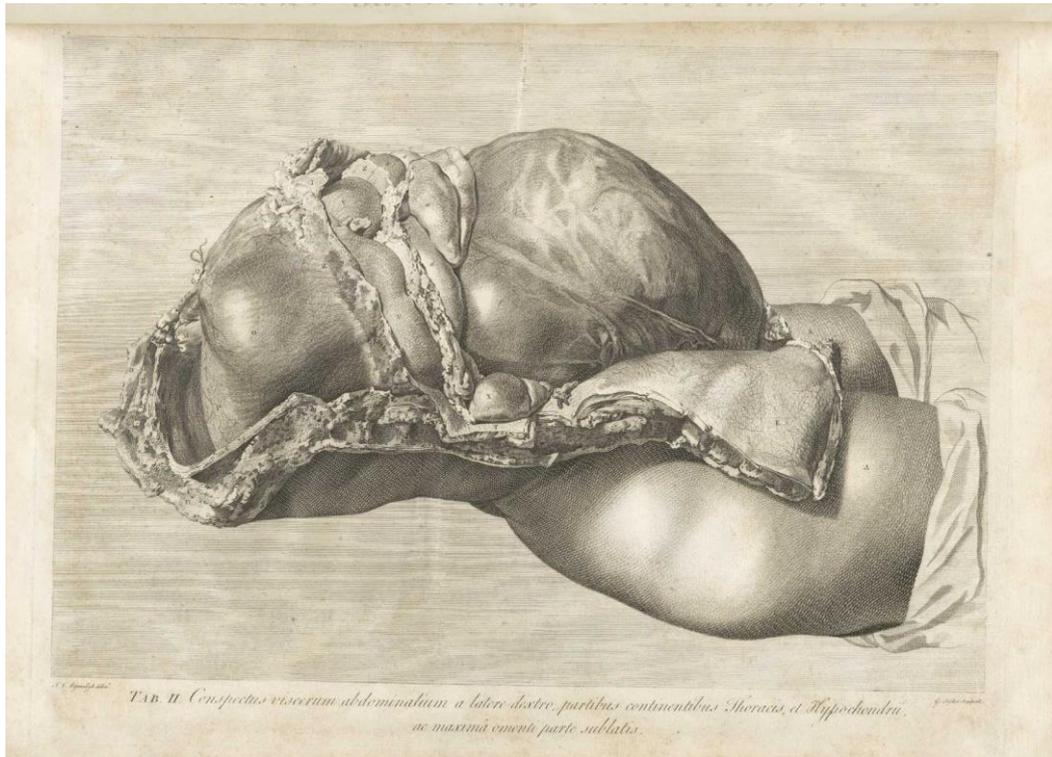


Table 32 William Hunter (I) Extrait de « Anatomy of the gravid Uterus »



G/ William Hunter (1718-1783)

William Hunter (Table 32) né au même endroit que Smellie, est pendant un temps l'élève et l'hôte de ce dernier, avant de s'installer chez son autre compatriote et accoucheur écossais, James Douglas.

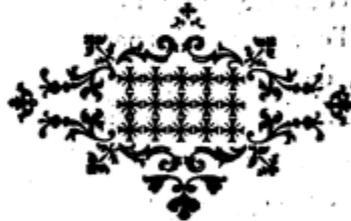
Il publie, un magnifique atlas de trente-quatre planches, intitulé « Anatomy of the gravid Uterus » (27) dont les gravures, à l'instar de celles des Tables Anatomiques de Smellie, sont presque toutes de la main de Jan van Rymsdyck. Sans parler de la dystocie, sur le plan de l'anatomie de la grossesse, l'apport essentiel des écrits de Hunter réside dans la démonstration d'une absence de communication directe entre le sang de la circulation foétale et maternelle.

William Hunter est persuadé que le forceps fait plus de mal que de bien, le citant comme « où le forceps sauvait un enfant, il en tuait vingt ». A l'opposé de la fureur germanique et de « l'allant » français, l'obstétrique d'outre-manche reste nettement plus attentiste et basée sur le célèbre dicton britannique « wait and see ». Ils n'intervenaient parfois qu'après 6h de blocage de la tête foétale dans la partie inférieure du bassin.

**DISCOURS**  
*SUR LES AVANTAGES*  
**DE LA SECTION**  
*D E*  
**LA SIMPHYSE,**

*QUI devoit être lu dans la Séance Publique de  
la Faculté de Médecine de Paris, le Jeudi  
5 Novembre 1778.*

PAR M. JEAN-RENÉ SIGAULT, Docteur-  
Régent de la Faculté de Médecine de Paris,  
Affocié de l'Académie des Sciences & Belles-  
Lettres de Dijon, Médecin-Accoucheur, Pen-  
sionné du Roi, &c.



**A PARIS,**

De l'Imprimerie de QUILLAU, Imprimeur de la Faculté de  
Médecine de Paris, rue du Fourre.



[history-of-obgyn.com](http://history-of-obgyn.com) Digitized by Google

Table 33 Traité de Jean René Sigault

H/ Jean René Sigault (1738-1780)

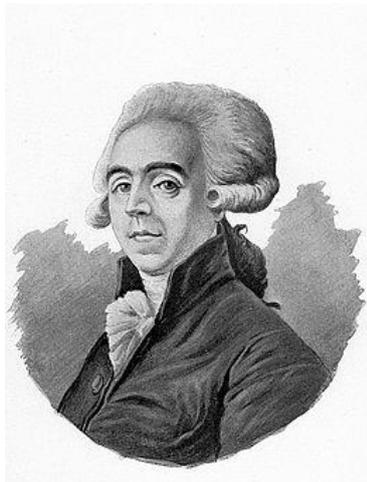
Né à Dijon, Jean René Sigault étudie la médecine à Angers et s'intéresse à l'opération de la symphyse pubienne lors de l'accouchement ou symphyséotomie introduite en 1655 par un autre chirurgien français pratiquant à Varsovie : De La Courvée. Ce dernier aurait pratiqué une symphyséotomie chez une femme enceinte décédée pendant le travail.

Plus d'un siècle plus tard, Jean René Sigault propose cette intervention à l'Académie de Chirurgie de Paris sans succès. (Table 33)

Il prouve son utilité dans le cas d'une naine probablement d'origine rachitique dont les quatre derniers accouchements s'étaient mal terminés avec une mort néonatale dont un des accoucheurs était le renommé Levret. La distance du diamètre promonto rétro pubien avait été évalué à l'environ de six centimètres. Une fois le travail engagé, Sigault pratique la section de la symphyse créant une brèche pubienne de 6cm. L'enfant survit mais la parturiente a des complications post opératoires : une abcédation de la plaie ainsi que l'apparition d'une fistule urinaire. (28)

Cet acte est reconnu enfin par l'Académie de la Chirurgie comme une révolution dans l'Art des accouchements.

La symphyséotomie connut une notoriété abusive avec pour conséquences funestes des formes de fistules urinaires, des séquelles articulaires majeures et des taux élevés de décès maternels.



*De la situation qui convient à la femme dans l'accouchement contre nature.*

1134. La situation de la femme, dans ce cas comme dans tous les autres, est assez indifférente avant le moment d'opérer l'accouchement, à moins que quelques circonstances n'obligent de lui en prescrire une plutôt qu'une autre; mais il n'en est pas de même dans ce moment.

1135. La femme doit être alors couchée sur le dos & le plus horizontalement que faire se peut; ayant les fesses situées au bord du lit, de manière que le coccx & le périnée ne soient point appuyés; les cuisses & les jambes à demi-ployées, & les pieds soutenus par deux aides, ou posés sur deux chaises placées convenablement.

*De la situation qu'il faut donner à la femme.*

Table 34 Jean Louis Baudelocque – L'art des accouchements

**D. Doit-on regarder l'arrachement du tronc de l'enfant comme un événement bien fâcheux?**

**R. Cet événement est peu fâcheux en lui-même, puisque la mort de l'enfant le précède constamment, et que la femme ne peut en éprouver d'accidens graves. L'accoucheur commet au plus une légère faute, lorsqu'en se conduisant différemment, il auroit pu le prévenir, parce que le spectacle en est affligeant pour le assistans, et qu'il est en général plus difficile d'extraire la tête séparée du corps, que lorsqu'elle y tient encore. Quelques auteurs y ont fait si peu d'attention, qu'au lieu de s'efforcer de le prévenir, ils ont retranché le tronc qui le gênoit, pour diriger ensuite plus facilement leurs instrumens sur la tête, soit pour en changer la position, soit pour l'ouvrir, ou pour l'extraire.**

Table 35 Extrait de "Principe sur l'art des accouchements"

## I/ Jean Louis Baudelocque (1745-1810)

Jean Louis Baudelocque (Table 34) est le médecin accoucheur des reines d'Espagne, de Hollande, de Naples et de toutes les dames de la Cour. Il est choisi et retenu d'avance pour mettre au monde l'héritier attendu par Napoléon et l'impératrice Marie-Louise d'Autriche. Baudelocque est également connu pour avoir été mêlé à un retentissant procès qui lui avait été intenté par un médecin accoucheur, Jean François Sacombe, farouche opposant de la césarienne et défenseur des pratiques traditionnelles des sages-femmes. Sacombe, qui s'était érigé en défenseur des sages-femmes, accusant Baudelocque d'infanticide, finira par perdre son procès en 1804 et, par la même occasion, tout sens de la mesure.

Il publie : « Principes sur l'art des accouchements, par demandes et réponses, en faveur des élèves sages-femmes de la campagne » (29) en 1775 et « l'Art des accouchements » (30) en 1781.

Concernant la première phase du travail, il est partisan de la vidange rectale et vésicale avant tout accouchement et indique la saignée en cas de travail long, ainsi que, les bains pour aider à la dilatation des tissus mous.

Ce sera le premier à décrire le moyen de diriger le travail en augmentant la fréquence des contractions par l'usage de liqueur composée en partie d'eau, de vinaigre, de sels, d'urine associées à des frictions abdominales.

Il explique comme Hendrick Van Deventer, les dystocies liées à l'obliquité de la matrice qu'il définit par « Toutes les positions dans lesquelles la longueur de ce viscère ne se trouve pas selon celle du corps de la femme, ou dans lesquelles le fond de la matrice ne répond pas aux creux de l'estomac »

Pour détourner cette obliquité, il précise les différentes positions à aborder lors de la deuxième phase de l'accouchement en opposition avec l'obliquité pour centrer l'axe fœtus et filière pelvienne. Pour lui également la femme accouche en position couchée sur le dos, sur un lit solide, mais, avec les fesses débordant de l'extrémité du lit. (Table 36)

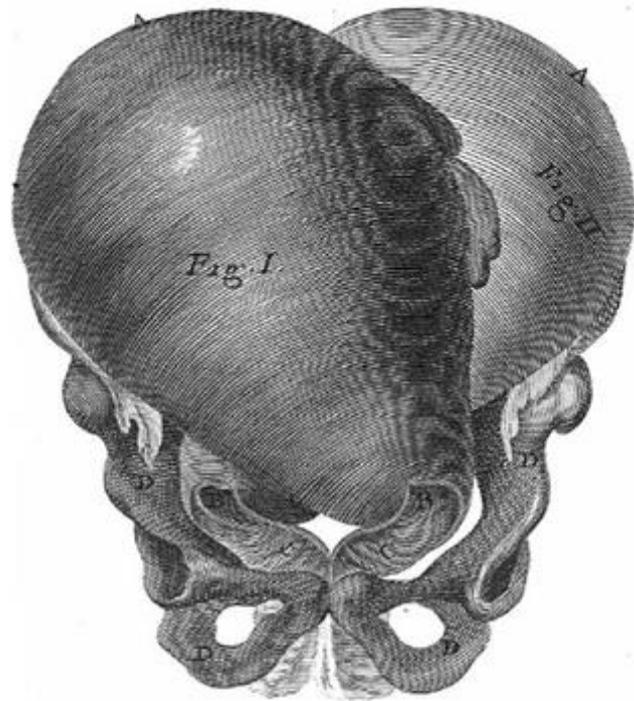


Table 36 Extrait de Principes sur l'art des accouchements « On nomme obliquité latérale droite, la déviation du fond de la matrice vers le coté droit du ventre et obliquité latérale gauche celle où il s'est déjetté sur le côté gauche »

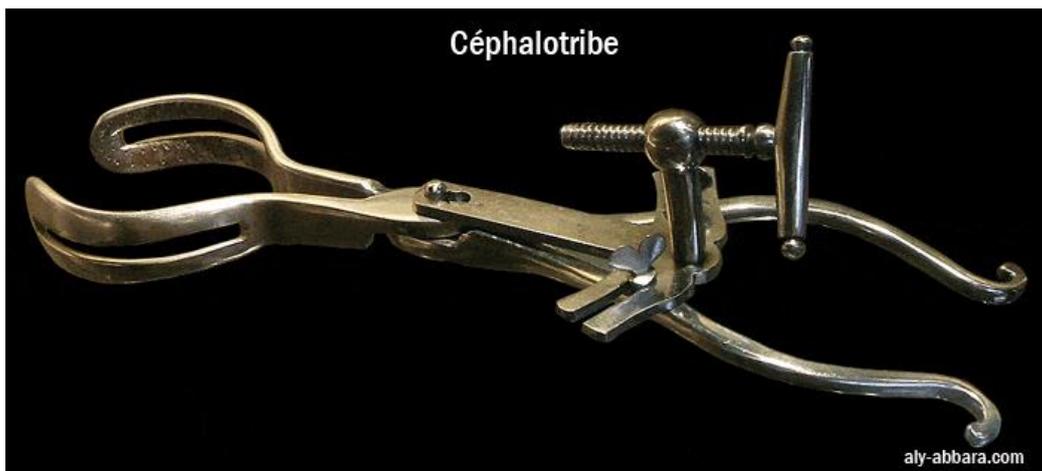


Table 37 Céphalotribe

Si la correction de l'obliquité par le positionnement maternelle n'est pas suffisante, il explique qu'il faudra alors procéder au changement de la position de la tête de l'enfant afin de faciliter son engagement, et, en troisième recours, procéder à une grande extraction.

En dernier lieu il cite la technique de céphalotripsie (Table 37), en cas de dystocie majeure notamment de disproportion foeto pelvienne.

L'intervention consiste à broyer la tête fœtale sur un fœtus mort in utero, ou, avec une pathologie incompatible avec la vie. Elle est utilisée déjà depuis de nombreux siècles, destinée à privilégier la survie de la mère en dernier recours lorsque l'extraction fœtale était impossible.

Cette technique considérée barbare de nos jours, était plus sûre que la césarienne qui destinait la femme à une mort certaine. Baudelocque est toujours resté opposé à la symphyséotomie dont il avait remarqué la surmortalité maternelle.

Les premiers instruments destinés au broiement fœtal étaient des crochets qui avaient malheureusement de grandes chances de causer plus de dommages maternels tels que des déchirures de la matrice, du vagin, du rectum et des viscères environnants. Pour éviter les lésions maternelles de nouveaux forceps destinés à broyer la tête fœtale voient le jour. C'est la naissance du céphalotribe.



## K/ Synthèse du siècle

Nous sommes bien au siècle des Lumières avec la découverte de la mécanique obstétricale, avec les schémas anatomiques de plus en plus précis. L'anatomie féminine est à l'honneur et s'enseigne par la dissection sur cadavre et l'utilisation de moulage de cire. La notion d'obliquité utérine apparaît.

La dynamique utérine est évoquée avec l'insuffisance des contractions utérines et la mise en place de méthode de stimulation mécanique par la friction et l'invention de liqueur afin d'augmenter les contractions.

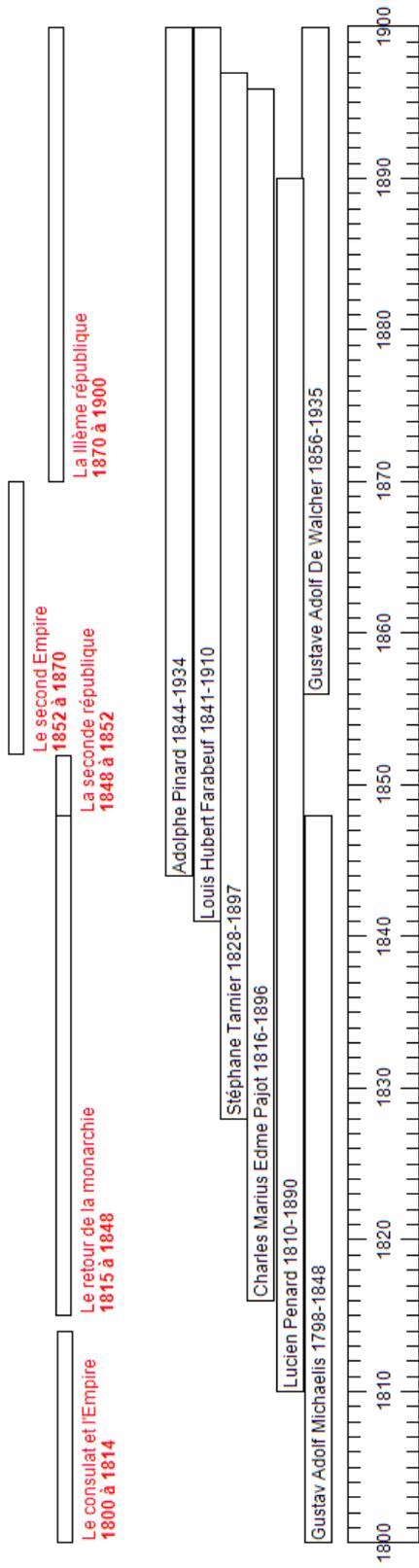
La seconde moitié du XVIII<sup>ème</sup> voit s'opérer la diffusion et le perfectionnement de l'enseignement obstétrical, avec la systématisation de l'enseignement obstétrical clinique au lit de la parturiente

Elle donne également lieu à l'éclosion d'une pléiade d'accoucheurs, principalement masculins, dont certains introduisirent des progrès techniques fondamentaux dans leur art.

Nous voyons l'émergence du forceps, utilisé très largement durant ce siècle, peu importe si le fœtus est engagé ou non. Beaucoup de chirurgiens accoucheurs développèrent une fâcheuse tendance à l'employer de manière abusive. Dans la pratique française, il n'y eut bientôt plus guère d'accouchements se déroulant sans une application de forceps contrairement aux Britanniques prônant l'expectative.

En dernier recours, l'embryotomie céphalique est indiquée par des techniques de céphalotripsie moins dangereuses pour la mère que les crochets utilisés en début de siècle.

Ainsi, l'emploi d'instruments pour extraire l'enfant et l'utilisation d'anesthésiques, parfois puissants et entraînant un état de conscience plus ou moins profond, obligent la femme à s'allonger pour accoucher. La mobilité n'est plus de mise, tout comme les variétés posturales. Les femmes se libèrent de leur douleur mais perdent en partie leur liberté et autonomie des mouvements.



#### IV. XIX<sup>ème</sup> siècle : Dénouement de la mortalité maternelle

Avec la création de l'obstétrique en tant que spécialité médicale en 1806 confiée à Baudelocque, l'obstétrique échappe aux sages-femmes. Les progrès en anatomie, en instrumentalisation et en connaissance de la mécanique de l'accouchement permettent une intervention plus efficace auprès des femmes en couches et un recours plus fréquent au médecin en cas de problème.

En France, jusqu'au milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle, la liberté des positions d'accouchement et la mobilité restent nécessaires pour un bon nombre d'accoucheurs.

Mais au XIX<sup>ème</sup> siècle, le décubitus dorsal est la posture la plus couramment employée pour accoucher. L'accoucheur retient la tête de l'enfant et joue un rôle de protection du périnée. Le lit de la femme est aménagé pour l'occasion et les lits de misère se font de plus en plus rares.

En 1846, on assiste à une découverte majeure : celle de l'asepsie. Un jeune médecin de Budapest, Ignace Semmelweis est frappé par le taux de mortalité des femmes accouchées du pavillon où sont formés les étudiants allant de 10 à 40% certains jours contrairement au pavillon jumeau où sont formés les sages-femmes de 3%. La relation de cause à effet lui vint lorsqu'un de ses collègues décéda d'une septicémie après l'autopsie d'un cadavre.

A l'époque les étudiants en médecine, passe directement d'une autopsie et à un accouchement sans se laver les mains, il évoque l'hypothèse que des particules invisibles mais potentiellement létales peuvent être transmises à ce moment-là.

Il impose un lavage des mains de cinq minutes avec du chlorure de chaux et le taux de mortalité passa à 1.3%.

La découverte de l'asepsie permet non seulement de diminuer la mortalité maternelle du post-partum, mais également de rendre moins morbide les actes de derniers recours comme la symphyséotomie et la césarienne.

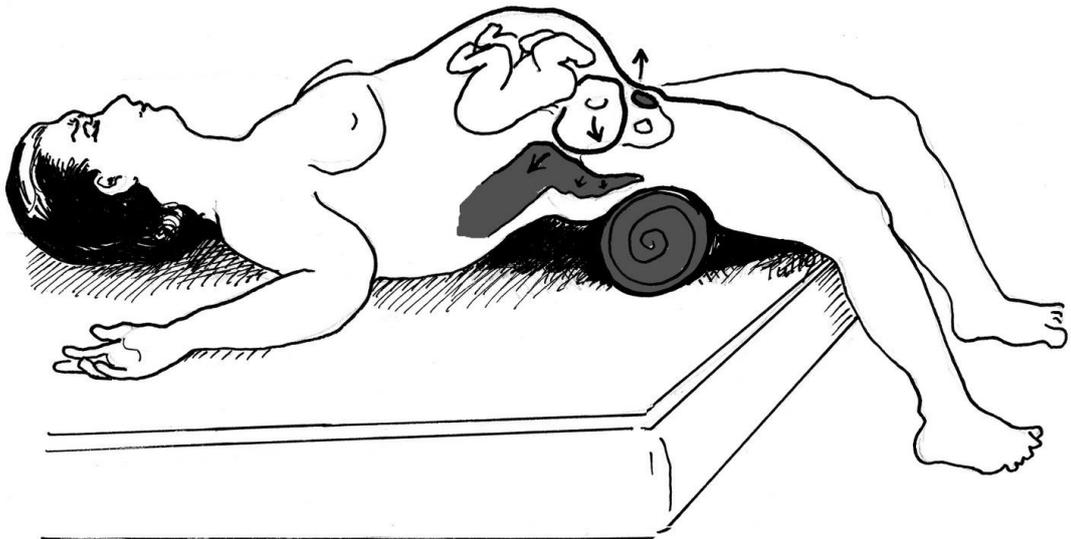
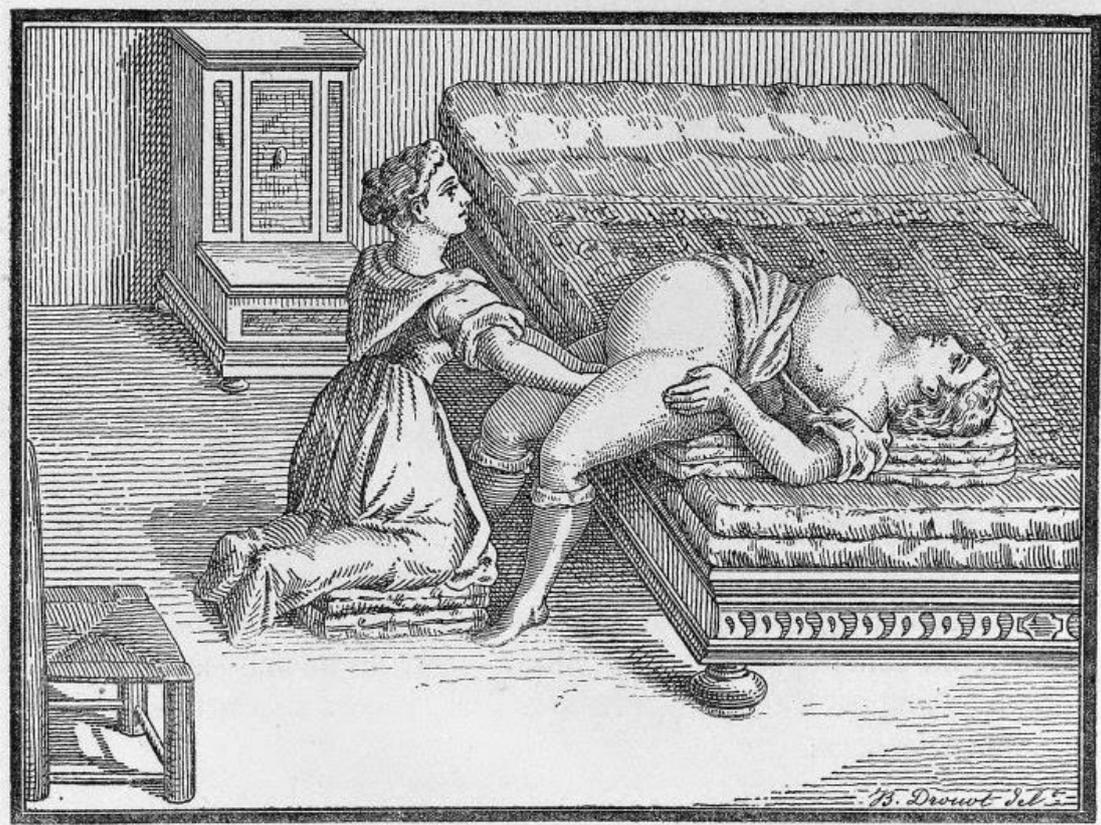


Table 38 Position de De Walcher

A/ Gustave Adolf De Walcher (1856-1935)

Médecin Allemand de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle ayant décrit la position éponyme ayant pour but d'ouvrir le bassin.

La femme est installée en décubitus dorsal avec les jambes en extension sur les cuisses et pendantes dans le vide sans que les pieds ne touchent le sol. (Table 38)

Cette position augmente le diamètre antéropostérieur du détroit supérieur et favorise l'engagement de l'enfant par effet de contre nutation décrit pour la première fois au XVI<sup>ème</sup> siècle. Le poids des jambes a un impact sur la détente du périnée, nécessaire au dégagement de la tête de l'enfant. (31)

C'est la contre théorie de la position recommandée au XIX<sup>ème</sup> siècle : hyperflexion des cuisses afin de diminuer la lordose lombaire pour faciliter l'engagement foetal. (32)



Table 39 Gustav Adolf Michaelis

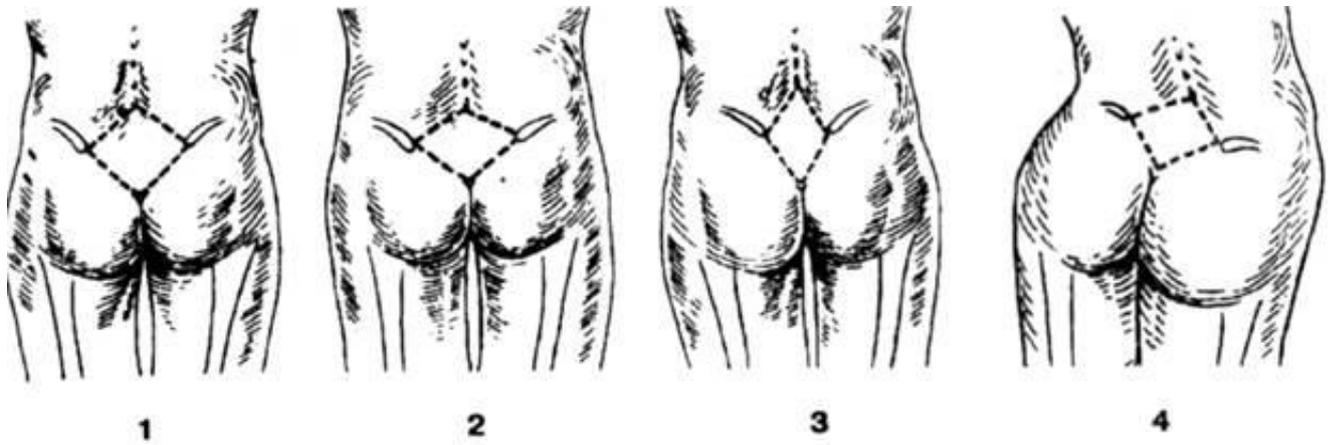


Table 40 Losange de Michaelis

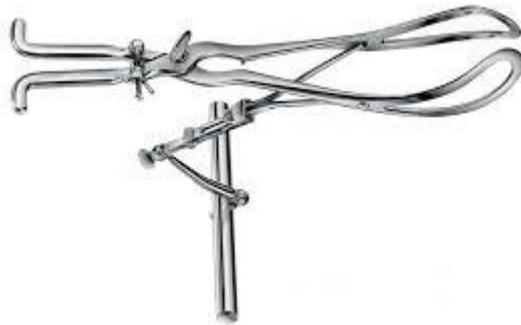
## B/ Gustav Adolf Michaelis (1798-1848)

Gustav Adolf Michaelis (Table 39) est l'auteur d'importantes recherches sur le mécanisme de l'accouchement en fonction de la morphologie du bassin osseux féminin, et, son nom est resté longtemps attaché à certains repères anatomiques externes permettant d'apprécier la symétrie de ce dernier (« losange de Michaelis »). (Table 40)

Il résulte des statistiques de Michaelis que les présentations vicieuses sont trois ou quatre fois plus fréquentes dans des bassins pathologiques que dans des bassins normaux. Ces défauts de présentations pourraient être expliqués selon lui par une contraction utérine moins régulière, en raison de l'obstacle osseux. Les contractions utérines peuvent devenir alors plus intenses et rapprochées car le muscle utérin se contracte avec plus d'énergie, la partie fœtale n'arrivant pas à progresser et pouvant aboutir à une hypertonie utérine.



*Table 41 Stéphane Tarnier*



*Table 42 Forceps de Tarnier*

C/ Stéphane Tarnier (1828 - 1897)

Stéphane Tarnier (Table 41) est célèbre grâce à l'invention de plusieurs instruments obstétricaux, dont le forceps dit "de Tarnier". Il est également à l'origine de la couveuse utilisée en néonatalogie. La majorité de ses travaux en obstétrique est regroupée dans un ouvrage intitulé « *Traité de l'art des accouchements* » (33).

Dans son traité on retrouve une classification des bassins féminins qu'il divisait en quatre groupes avec une conduite à tenir pour chaque :

- Bassin de 4cm et au-dessous : Ils sont très rares, nécessitant un avortement jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois ou une opération césarienne au-delà car les dimensions du basiotribe n'en rendent guère l'application possible.
- Bassin de 4 à 5 cm : même chose jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois où on a le choix entre la basiotripsie pratiquée tout de suite après provocation de l'accouchement ou la césarienne.
- Bassin dont le diamètre promonto-réto-pubien minimum mesure de 5 à 9 cm : L'accouchement est possible à condition qu'on le provoque en temps utile, sachant que le diamètre bi pariétal mesuré en nombre de centimètres est à peu près égal au nombre de mois de la grossesse.
- Bassin de 9 à 11 centimètres : si la parturiente a des antécédents d'accouchements laborieux : interruption de la grossesse à environ 8 mois.

Le diamètre promonto réto pubien (du promontoire à la symphyse pubienne) est de nos jours considéré normal lorsque sa mesure est supérieure à 110 mm comme décrit au XIX<sup>ème</sup> siècle.

Jusqu'à la fin des années 1891 c'est la conduite à tenir de la plupart des accoucheurs français dans les rétrécissements rachitiques. Si l'engagement vient à tarder, les accoucheurs de l'époque n'hésitent pas à utiliser le forceps. A cet instrument tant utilisé, chaque accoucheur de renom apporte quelques modifications jugées utiles. La plupart des forceps restent d'utilisation difficile en cas d'application haute pour exercer une traction efficace dans l'axe du détroit supérieur. (Table 42)

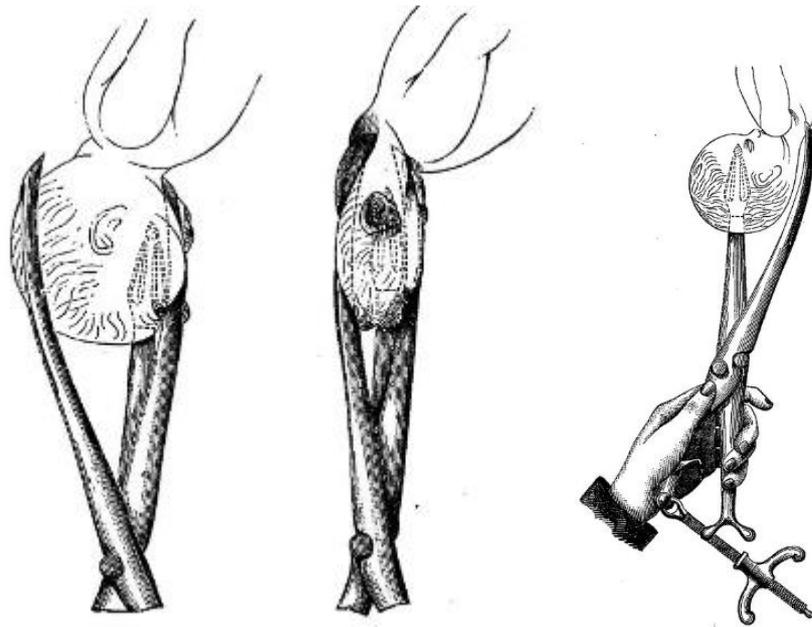


Table 43 Basiotribe de Tarnier

**Crâniotomie et céphalotripsie.** — L'accouchement étant démontré impossible par les seuls efforts de la nature, par le orceps et par la version, une dernière ressource doit être employée : faire l'opération césarienne ou diminuer le volume du fœtus par la crâniotomie et la céphalotripsie. Nous nous occuperons d'abord de la mutilation du fœtus.

Il est bon de faire précéder l'application du céphalotribe de la crâniotomie qui, à proprement parler, n'est pas une méthode d'extraction, mais qu'il est difficile d'en séparer complètement. Cette opération a pour résultat la perforation de la boîte crânienne par une ouverture artificielle, qui permet l'écoulement de la matière cérébrale, et produit par là, une réduction très considérable dans le diamètre de la tête.

Table 44 Extrait de "Des Cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire" S Tarnier 1860

C'est pour pallier cette difficulté, que Stéphane Tarnier met au point un forceps doté d'une barre de traction axiale, laquelle est solidaire de deux tiges métalliques articulées au bas des cuillères. Il fait réaliser environ trente prototypes de son instrument avant de s'en montrer satisfait.

Stéphane Tarnier conçoit également un basiotribe, céphalotribe et forceps-scie destinés à l'embryotomie fœtale en dernier recours en cas de rétrécissement pelvien important. (Table 43)

Le basiotribe est le grand frère du céphalotribe. Il diffère de celui-ci par la présence d'un perforateur permettant dans un premier temps de réduire la taille de la tête fœtale par l'évacuation d'une partie de son contenu. Si sa pratique semble barbare de nos jours, au XIX<sup>ème</sup> siècle il permettait une alternative à la césarienne avec une meilleure survie maternelle.



*Table 45 Seigle ergoté*

D/ Lucien Penard (1810-1890)

Lucien Penard est l'auteur de « Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme » (34) édité en 1895.

Il met en évidence chez certaines parturientes notamment les femmes obèses, une insuffisance des contractions utérines pouvant causer un défaut d'engagement par :

- la sur distension utérine,
- le rétrécissement du bassin,
- la rupture prématurée des membranes,
- la mort de l'enfant,
- la réplétion de la vessie,
- les émotions morales.

Il en résulte une fatigue et un épuisement de la mère pendant le travail, arrivant parfois par appui prolongé du fœtus dans la filière génitale maternelle à une gangrène.

La faiblesse des contractions est décrite comme inoffensive pour le fœtus en cas de membranes préservées mais délétère si elles sont rompues.

Pour pallier l'insuffisance de dynamique utérine il préconise, dans son traité, une alimentation faite de boissons stimulantes pendant le travail comme le thé ou le café, associée à des douches vaginales chaudes à 45 degrés avec une solution antiseptique, ou si la patiente est douloureuse trois ou quatre grammes de Chloral.

C'est la première fois que l'on voit apparaître la notion de rupture artificielle des membranes pour accélérer le travail, et pouvoir rendre les contractions plus efficaces sous réserve d'y procéder le plus tard possible et de plusieurs conditions :

- Si la présentation est céphalique,
- Le bassin bien conformé,
- Sans procidence de membre ou de cordon.

Un de ses confrères Jules Hantin utilisait lui le seigle ergoté (Table 45) pour « ranimer les douleurs de l'enfantement ». Il administrait en poudre à la dose de 12, 18, 24 ou 30 grains dans un demi-verre d'eau sucrée ce remède à la femme en travail. C'est un traitement dont avait recours les sages-femmes au XVI<sup>ème</sup> siècle.



Table 46 Charles Pajot

E/ Charles Marius Edme Pajot (1816-1896)

Professeur d'accouchement (1863) puis de clinique obstétricale (1883) à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Charles Pajot (Table 46) est considéré comme l'un des fondateurs de l'obstétrique moderne.

Il est l'un des éditeurs scientifiques de la revue *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Il est le maître d'Adolphe Pinard, auquel ce dernier succédera.

Dans son traité « Travaux d'obstétrique et de gynécologie » (35) édité en 1889 il cite les mêmes moyens pour raviver les contractions utérines que Lucien Penard et Jules Hantin. Il utilise l'ergot de seigle ou les injections vaginales très chaudes.

Il décrit « la pression du coccyx » de Deventer évoqué au XVIII<sup>ème</sup> siècle comme inutile.

Il est l'inventeur d'une manœuvre éponyme permettant d'abaisser le bras antérieur du fœtus en présentation du siège.

Il cite pour la première fois l'anesthésie au chloroforme découvert en 1831 par un Français Eugène Soubeiran (1797-1859) pharmacien à l'Hôpital de la Salpêtrière. Ce mode d'anesthésie connu aussi sous le nom « d'anesthésie à la reine » car il aida la Reine Victoria à accoucher sans douleur de son quatrième enfant. Il le recommande dans des cas encore très isolés :

- Des contractions irrégulières ou exceptionnellement douloureuses
- En cas d'éclampsie

Il est le père des forceps de Pajot utilisé encore de nos jours : ce sont des forceps à branches courtes et croisées avec une courbure céphalique importante.

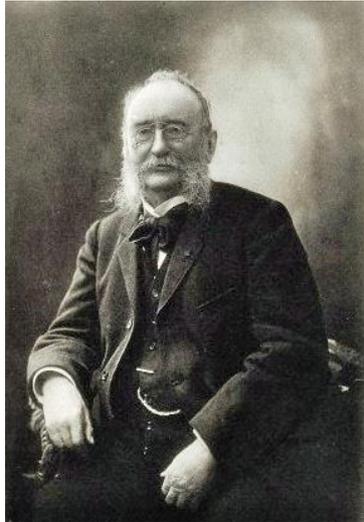


Table 47 Louis Hubert Farabeuf

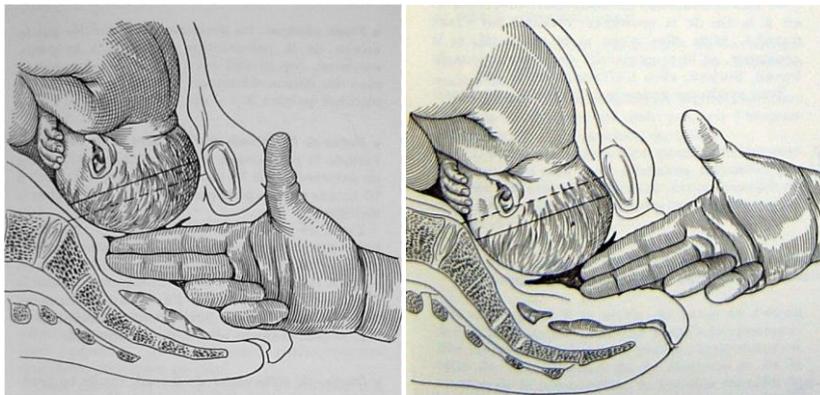


Table 48 Signe de Farabeuf : 1ère photo : non engagée, 2ème photo : engagée

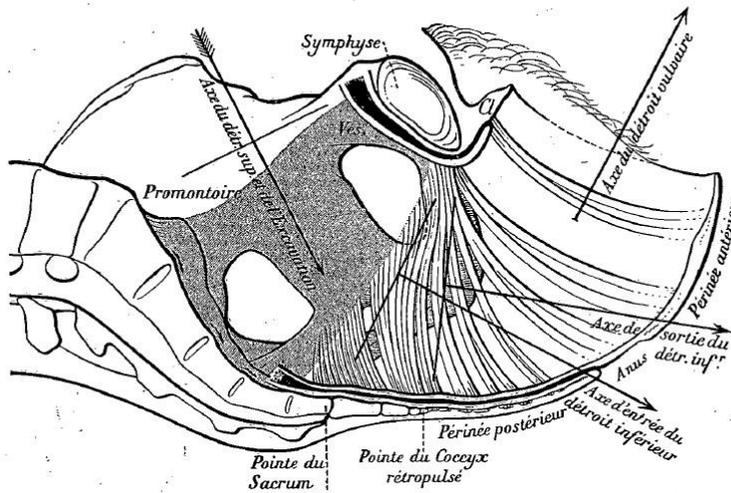


FIGURE 11. — C'est la figure 10 (coupe verticale médiane du canal pelvi-génital dilaté) mise en position obstétricale. Les axes des divers détroits y sont indiqués par les flèches perpendiculaires au milieu des plans de ces détroits.

Voyez l'axe du détroit supérieur et de l'excavation : il descend presque verticalement.  
L'axe de l'orifice inférieur de l'excavation ou entrée du détroit inférieur reste nettement oblique en bas. L'axe de sortie du détroit inférieur ou orifice pubo-coccygien n'arrive pas encore à l'horizontale.  
L'axe de l'orifice vulvaire est ascendant, presque vertical.

Table 49 Axe du bassin

F/ Louis Hubert Farabeuf (1841-1910)

Chirurgien anatomiste du XIX<sup>ème</sup> siècle, Louis Hubert Farabeuf (Table 47) est nommé au en 1876, professeur agrégé d'anatomie-histologie-physiologie. Il a déjà une solide réputation d'enseignant auprès des étudiants, et des candidats à l'agrégation. Il souhaite une profonde réforme de l'enseignement pratique à Paris de l'anatomie et de la médecine opératoire, il les veut pratiques, chirurgicales, autant utiles aux médecins de campagne qu'aux futurs chirurgiens.

Il rédige un livre qui sera la bible de plusieurs générations d'obstétriciens, de médecins de campagne qui font alors les accouchements à domicile, et de sages-femmes dont Farabeuf contrôle depuis 1878 l'enseignement et les connaissances anatomiques.

Il n'apportera rien de nouveau dans la prise en charge de la dystocie d'engagement mais décrira précisément le très connu « signe de Farabeuf » (Table 48) utile pour diagnostiquer l'engagement fœtal : la présentation se trouve engagée dans le bassin si seulement deux doigts trouvent place entre la tête fœtale et le plan sacro-coccygien.

Sa description de l'engagement est traduite anatomiquement par le plan oblique et vers le bas du bassin maternel : il décrit l'axe du détroit supérieur qui est la direction de la plus grande partie de l'excavation comme une flèche dirigée en bas et vers les pieds de l'accoucheur quand la femme est au bord du lit. (Table 49)

Il parle de mécanique obstétricale comme une accommodation fœtal au canal pelvi-génital par une série de changements d'attitude, d'orientation et de mouvements passifs.



Table 50 Adolphe Pinard

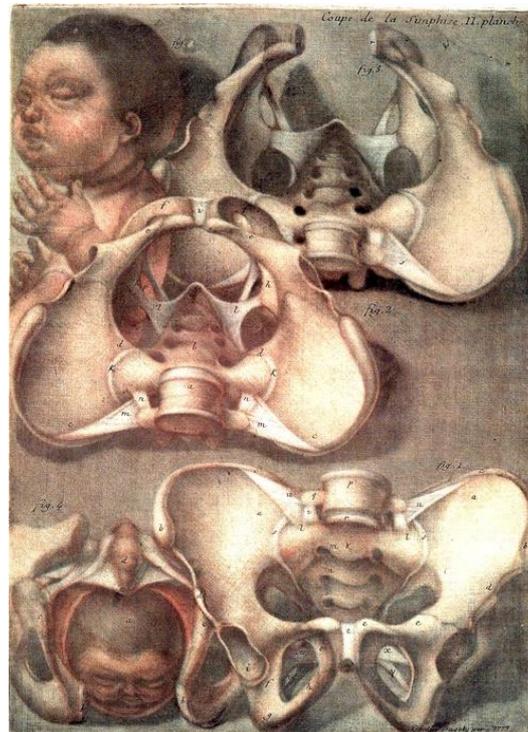


Table 51 1892 - Varnier - De la symphyséotomie

## G/ Adolphe Pinard (1844-1934) : la symphyséotomie

La section pubienne tombe en désuétude jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avant d'être ressuscitée par le Professeur Pinard (Table 50) qui l'a fait renaître en France. Il soutint à l'Université de Paris une thèse pour le doctorat en médecine, intitulée Nouvelles recherches de pelvimétrie et de pelvigraphe, sur la forme et les diamètres antéro-postérieurs de cent bassins viciés représentés en grandeur naturelle.

La mortalité presque constante des mères à la suite d'une opération césarienne non aseptique avait conduit les accoucheurs, jusqu'en 1891, à sacrifier la vie du fœtus, pour sauvegarder celle de la mère.

A cette époque en fonction de la taille du bassin, un accouchement prématuré est programmé. Si la parturiente avec un bassin étroit arrive à terme, on tente une fois le forceps lors de la deuxième phase du travail, si celui-ci échoue, une céphalotripsie ou basiotripsie est pratiquée.

Avec la réintroduction de la symphyséotomie, également indiquée dans les cas de tumeurs extra et péri utérines, tumeurs des parois pelviennes, les accoucheurs parviennent à obtenir un diamètre suffisant pour assurer le passage d'un fœtus à terme de moyenne dimension.

La symphyséotomie divise toujours : pour les uns elle doit remplacer toute intervention, pour les autres elle ne doit être qu'une intervention de nécessité.

Pour Pinard, Farabeuf, Varnier elle prévaut à la version, l'accouchement provoqué et le forceps pour la symphyséotomie voir la césarienne.

A contrario pour Tarnier, Budin et Barfont la symphyséotomie doit rester une opération de nécessité. Ils préconisent de conserver le forceps, la version et l'accouchement provoqué, dans les cas où ils sont applicables, sans porter un trop grand préjudice aux intérêts de l'enfant.



## H/ Synthèse du siècle

Dans la continuité du XVIII<sup>ème</sup> siècle, le XIX<sup>ème</sup> permet une réelle avancée en termes d'innovation obstétricale :

Une nouvelle cause de dystocie d'engagement est décrite dans les traités : l'absence de dynamique utérine avec ses différents traitements.

Une mise en évidence des contractions utérines inefficaces et des moyens pour y remédier.

Grâce à l'asepsie découverte par Semmelweis les interventions chirurgicales comme la symphyséotomie refait son apparition.

Le forceps continue à avoir un grand succès et se perfectionne s'agissant de la préhension de la partie foetale de l'instrument ainsi que la réflexion du sens de traction de l'instrument. Il fut utilisé à tort et à travers, de nos jours la place de cet instrument s'est réduite mais son avènement n'en fut pas moins une révolution dans l'art obstétrical dont les retombées sociales s'étalèrent sur plus de trois siècles.

L'embryotomie céphalique forme un grand chapitre de la pratique obstétricale du XIX<sup>ème</sup> siècle et du début du XX<sup>ème</sup>. Elle évolue également par l'invention du basiotribe, moins dangereux pour la mère et toujours à utiliser en dernier recours.

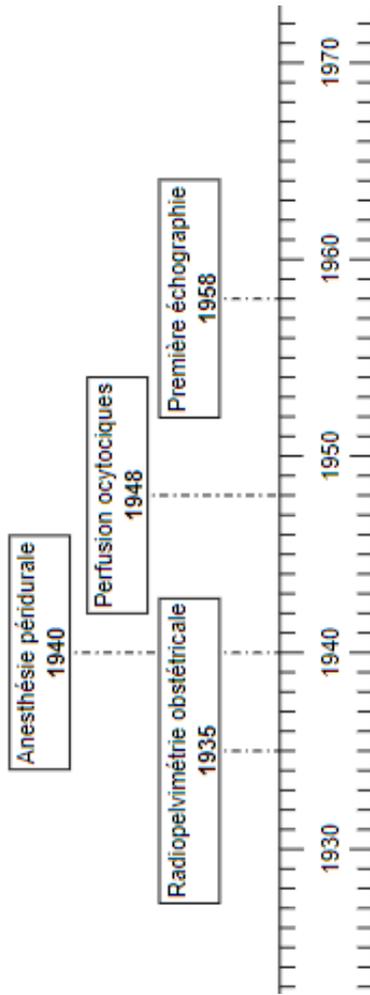
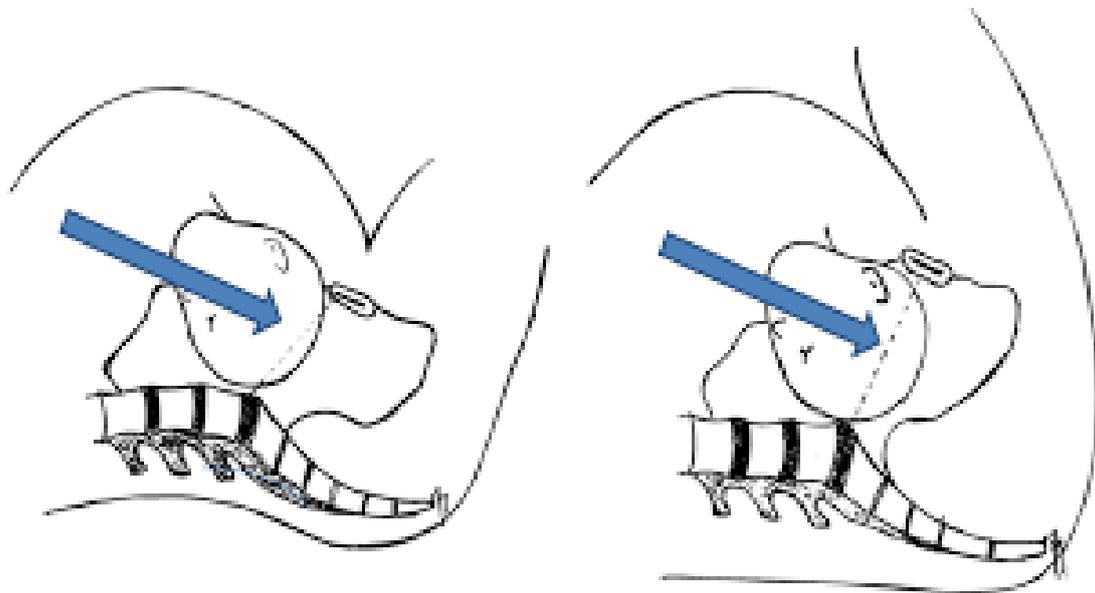


Table 52 Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives

## X. XX<sup>ème</sup> siècle : AVANCEES TECHNOLOGIQUES

### A/ Pierre Rosa : La position de l'accouchement

Avec les progrès des siècles précédents et les découvertes obstétricales, l'Histoire a instauré le décubitus dorsal ou la position gynécologique comme position « normale » depuis le XVII<sup>ème</sup> siècle pour accoucher. Cette idéologie va se renforcer du fait de la découverte de la péridurale et ce n'est qu'à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle qu'elle sera remise en cause.

En deuxième phase de travail, les recherches de Rosa en 1948, confirment et complètent le principe de nutation évoqué dès le XVI<sup>ème</sup> siècle en maintenant une angulation axe du fémur - axe rachidien inférieure à 90° de façon à corriger en permanence la lordose lombaire et à créer une rétroversion du bassin favorisant l'engagement et la descente du fœtus (Table 52). Le principe est d'agir sur l'agrandissement des diamètres du bassin par le positionnement (36).

### B/ Claude Racinet (1937-...)

Claude Racinet est un gynécologue obstétricien français ancien chef de service du CHU de Grenoble.

Il considère que la posture d'accouchement pronée par Mauriceau est « la plus importante intervention médicale systématique sur le déroulement de l'accouchement » (37).

Il retrouve dans sa meta analyse (37) que les positions verticales diminuent le traumatisme périnéal, les interventions obstétricales et les anomalies du rythme cardiaque fœtal. Cette position facilite la deuxième phase du travail par les effets de la pesanteur agissant en synergie avec la contraction utérine. Les efforts expulsifs sont plus efficaces, particulièrement en position accroupie en doublant la pression intra-utérine (38) (39).



*Table 53 Fernand Cathelin*

## C/ Fernand Cathelin (1873-1945) : L'anesthésie péridurale

L'anesthésie péridurale est mise au point dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle.

Son invention découle d'une variante de la rachianesthésie découverte en 1885 par le neurologue Américain James Leonard Corning par l'injection accidentelle de cocaïne, connu comme analgésique, par voie sous-méningée à la manière d'une ponction lombaire.

L'anesthésie médullaire connut un fort succès en France en chirurgie générale et trouva rapidement son application en obstétrique. Son usage au domaine obstétrical s'étend dès 1938. Un anesthésiste américain WR Stone appliqua cette méthode avec succès sur 35 parturientes placées en position demi-assise, par répétition des injections de cocaïne.

Cette nouvelle approche de l'accouchement sans douleur, permettait un perfectionnement et une facilitation des manœuvres obstétricales nécessaire en cas d'accouchement dystocique.

Cette méthode de rachianesthésie n'était pas sans risque car elle était pourvoyeuse de violentes céphalées.

Ce sont les Français Fernand Cathelin (Table 53), chirurgien à l'Hôpital Tenon, et Athanase Sicard (1872-1929) neurologue qui observent un espace entre les membranes péri médullaires et le périoste intravertébral. Ils réalisent l'injection de cocaïne à cet endroit, et obtient le même type d'anesthésie sans avoir le risque de lésion de la moelle. Il fallut attendre Walter Stoeckel (1871-1961) gynécologue obstétricien allemand pour son application à la femme enceinte en travail.

A la fin du XX<sup>ème</sup> siècle 77% des accouchements par voie basse en France se feront sous péridurale (Inserm) (40), ce qui en fait un des pays où la pratique est la plus répandue.

Cette méthode fournit une analgésie idéale pendant la période de dilatation mais tend à inhiber le réflexe de Ferguson. Il s'agit d'un réflexe neuro endocrinien déclenché par la pression du fœtus sur le col utérin, stimulant les récepteurs sensoriels suivant les afférences sensibles des nerfs pelviens et relayé dans la moelle épinière jusqu'aux noyaux para ventriculaires et supra optiques de



l'hypothalamus qui sécrètent l'ocytocine. Ce réflexe pouvant se retrouver abolie par l'anesthésie péridurale, lors de la deuxième phase du travail, il augmenterait ainsi le risque d'accouchement dystocique et d'instrumentalisation de l'accouchement.

De plus, avant l'avènement de la péridurale, les femmes adoptaient un enchaînement de positions antalgiques pour se soulager, en bougeant le bassin de manière réflexe, afin d'accoucher le moins douloureusement possible, et avec le maximum d'efficacité pour éviter la dystocie. Avec la généralisation de la péridurale de nos jours, les femmes en travail restent immobiles plus tôt et plus longtemps pouvant être un facteur de risque d'extraction instrumentale.



*Table 54 Ian Donald en 1958*

D/ Ian Donald (1910-1987) : L'imagerie obstétricale

Aux yeux des obstétriciens, l'avancée la plus significative du XX<sup>ème</sup> siècle est le développement spectaculaire des techniques d'imagerie médicale.

Vers 1935, des techniques de radiopelvimétrie obstétricale sont mises au point par des chercheurs américains à la suite de la découverte des rayons X par le physicien Wilhelm Conrad Rontgen en 1895. Les disproportions foeto-pelviennes peuvent alors être dépistées plus précisément que par le palper mensurateur prôné par Smellie et Baudelocque, ou, par les divers pelvimètres plus ou moins sophistiqués du XVIII<sup>ème</sup> siècle.

Ainsi, peuvent être mis en évidence les rétrécissements et déformations du canal osseux pelvien, de manière à permettre aux obstétriciens d'appréhender à temps aux situations irréductibles de disproportion foeto-pelvienne.

Il apparut que les radiations ionisantes sur le fœtus n'étaient pas anodines. Dès lors, les indications de cette dernière se sont vues codifiées et réduites au strict nécessaire.

C'est pourquoi, d'autres méthodes moins irradiantes, basées sur la technique dite de tomodensitométrie ou pelvi-scanner ont été proposées en 1982.

La première échographie est réalisée par l'obstétricien britannique Ian Donald (Table 54) en 1958, elle permet alors de mesurer les différents diamètres du fœtus pour établir sa croissance in utero et permettra de connaître de façon précise la mesure du diamètre bipariétal utile pour la mécanique obstétricale.



*Table 55 Henry Hallett Dale*

E/ Henry Dale (1875-1968) : Travail dirigé

Auparavant, la seule substance pratiquement capable de renforcer les contractions utérines, employées déjà par les matrones du haut Moyen-âge et réintroduite au XVIII<sup>ème</sup> siècle était le fameux « ergot de seigle ». Son utilisation pendant le travail était dangereuse étant donné l'état d'hypertonie utérine qu'elle risquait de provoquer, entraînant ainsi l'asphyxie du fœtus.

L'ocytocine (étymologiquement : naissance rapide) est découverte en 1906 par Henry Dale (Table 55), neuroscientifique Britannique. Elle fut mise à profit sous la forme de perfusions intraveineuses par Geoffrey William Théobald (1896-1977) gynécologue obstétricien, en 1948 afin d'induire le travail d'accouchement.

Cette découverte fut une avancée importante pour la pratique obstétricale dans les cas d'inertie utérine au cours de l'accouchement laquelle est normalement sécrétée par le lobe postérieur de la glande hypophysaire.

Cette préparation fut commercialisée sous le nom de « Syntocinon® ». Cette thérapeutique a ainsi permis de réduire le nombre d'accouchement prolongés. On a vu disparaître les couches d'une durée de deux ou trois jours qui étaient autrefois courantes.



*Table 56 Max Sanger*



*Table 57 Ferdinand Kehler*

F/ Max Sanger (1853-1903) et Ferdinand Kehrer (1837-1914) : Dernier recours à l'accouchement dystocique

Grâce à l'augmentation du taux de survie en cas de césarienne à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'embryotomie fœtale n'a plus sa place dans l'Art des accouchements.

La césarienne, pratiquée depuis le XVI<sup>ème</sup> siècle sur les femmes vivantes, n'était pas une option sûre par son taux de mortalité excessif. Jusqu'en 1882 ou les allemands Kehrer (Table 57) et Sanger (Table 56) se mirent à pratiquer une suture systématique de l'utérus. En effet il était établi qu'il ne fallait pas suturer l'hystérotomie : André Levret écrit « la suture utérine est non seulement préjudiciable, mais en plus totalement inutile du fait des prodigieuses contractions du muscle utérin qui suivent la délivrance ». (41)

Grace à cette découverte les chances de survie passèrent à 90%. Elle n'était cependant pas encore dénuée de risques car les antibiotiques n'ayant pas encore été découvert au début du siècle ainsi que le type d'incision (verticale et corporéale) rendait l'utérus d'une fragilité extrême.

Après avoir été une opération mortelle, puis une opération maîtrisée mais tellement dangereuse qu'elle était pratiquée en derniers recours, elle est devenue une opération aujourd'hui courante grâce à l'amélioration des techniques d'anesthésie, l'asepsie et la découverte des antibiotiques.

On assistera comme lors de l'invention du forceps à une très nette augmentation du taux de césarienne jusqu'aux années 2000, sans pour autant être à chaque fois justifiée.



## G/ Synthèse du siècle : l'explosion technologique

C'est dans les années 1920-1930 que la médicalisation de l'accouchement à l'hôpital se répand : Seul un accouchement sur deux se fait encore au domicile dans les années 1950 contre huit accouchements sur dix 30 ans plus tôt. Ce n'est plus l'hospice voué à l'assistance des femmes les plus pauvres mais à un établissement moderne et de haute technicité. Les découvertes sont considérables, ce siècle est défini comme l'âge d'or des progrès médico-sociaux.

Le nombre de décès maternels est en régression grâce à la médicalisation de la naissance et de la grossesse. Les femmes ne meurent plus en couches et ne souffrent plus, au dépend d'une prise en charge bien lointaine de l'accouchement à domicile sans personnel médical.

L'anesthésie lors de l'accouchement est un combat entièrement mené au XX<sup>ème</sup> siècle, en parallèle de l'émancipation des femmes, qui ne sont plus obligées d'accoucher dans la douleur. L'idée de subir les douleurs de l'accouchement comme un « mal nécessaire » pour devenir mère, est devenue synonyme d'un archaïsme.

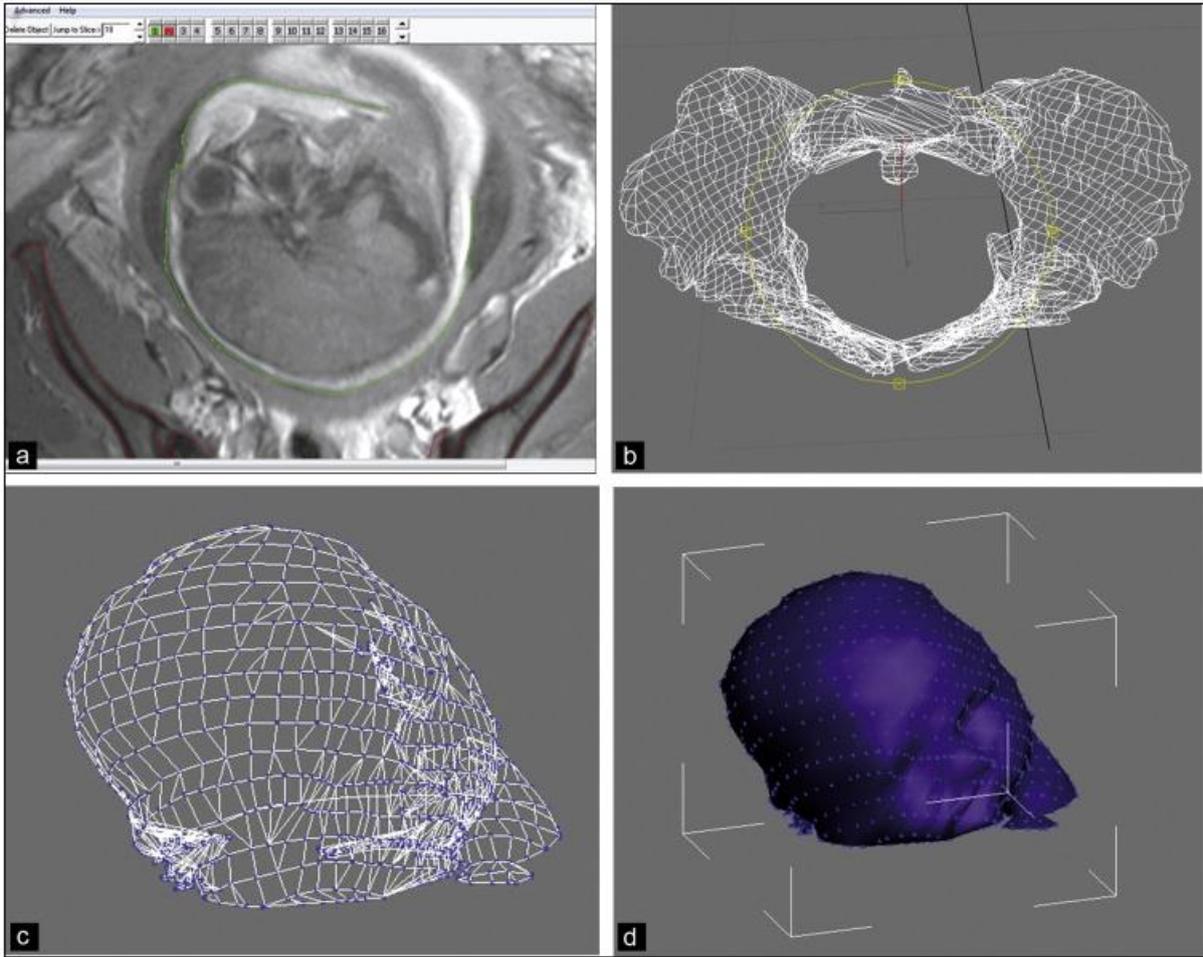


Table 58 Processus de contourage manuel dans le logiciel Surfdriver à partir de pelvi-IRM (a) pour obtenir un maillage vectoriel autour du bassin (b) et de la tête fœtale (c et d).

## Discussion : XXI<sup>ème</sup> siècle

Si le XX<sup>ème</sup> siècle a été marqué par la médicalisation de l'accouchement, le XXI<sup>ème</sup> siècle tend vers un rejet de l'interventionnisme obstétrical. Sans pour autant revenir à une prise en charge à domicile, plusieurs maisons d'accouchements voient le jour.

On revient à une véritable croyance du pouvoir du positionnement lors du travail. La position allongée est remise en cause pour une ventilation maternelle améliorée et une réduction de compression de la veine cave. Le siège d'accouchement est à nouveau proposé aux femmes. On revient aux pratiques du XVI<sup>ème</sup> siècle par les positions plutôt verticales pour faire jouer la pesanteur et rechercher un meilleur axe détroit supérieur-poussée utérine. (42)

Les parturientes rédigent le plus souvent des projets d'accouchements dans lesquels il n'est pas rare de voir un désir d'absence d'aide anesthésique par péridurale. Accoucher sans douleurs participe à une « industrialisation » des naissances confondant l'anesthésie des douleurs et l'anesthésie de l'expérience de l'accouchement lui-même.

Est-ce un véritable respect de la maternité et de l'accouchement ou un retour vers des pratiques ancestrales ?

De nos jours avec la triple protection : césarienne, anesthésie-réanimation et néonatalogie, les accouchements dystociques bénéficient d'une prise en charge codifiée et adaptée à chaque cas. Nous partons vers une stagnation, voire régression du taux de césarienne depuis 2010, avec une remise en question de cette pratique jamais anodine - comme toute intervention chirurgicale - ayant connu son essor au XX<sup>ème</sup> siècle.

Concernant l'imagerie, l'application de la résonance magnétique nucléaire se trouve également à l'étude depuis la fin du XX<sup>ème</sup> siècle (Stark 1985, Mc McCarthy 1986). Non irradiante, elle ferait un examen de choix pour la femme enceinte mais s'avère d'une application logistique difficile, tout en restant très coûteuse. Une première équipe parvient à faire accoucher une femme dans une IRM afin d'étudier les rapports pelvis-fœtus (43). Olivier Ami, gynécologue obstétricien crée un modèle à



partir de simulation d'accouchement dans un IRM afin d'étudier les disproportions foetopelviennes (44) (Table 58). Cet outil prometteur est difficilement applicable dans des conditions obstétricales convenables en termes de positionnement lors de l'accouchement.

Enfin plus récemment, et plus proche de la pratique quotidienne, une évaluation de l'orientation du pelvis et de la courbure lombaire lors de l'accouchement par des capteurs et une reconstruction 3D a été publié par David Desseauve et Fabrice Pierre. (32)



## CONCLUSION

L'obstétrique, ou l'Art des accouchements, a de tout temps été imprégnée des croyances, mentalités et coutumes de l'époque. L'histoire de la naissance nous concerne tous, et plus que toute autre discipline médicale. La reproduction humaine passionne et pose la question essentielle du sens de notre existence. Elle comporte des épisodes victorieux auxquels restent attachés de grands noms ayant parcouru des siècles, mais aussi des tragédies dont les parturientes et les nouveaux nés ont été victimes.

Ce travail est le fruit d'une analyse technique et obstétricale en donnant la vision médicale sans prétention d'étude historique ou sociologique, même si ces domaines sont indiscernables.

La meilleure manière de comprendre les avancées scientifiques est d'en étudier la genèse historique. La méthodologie de ce travail ne s'est pas limitée à une période stricte de l'Histoire. Elle permet de mieux appréhender les bouleversements qui se sont produits au cours des derniers siècles. L'influence des pratiques ont été considérables, disparaissant pour ressurgir parfois plusieurs siècles plus tard. Il est important de connaître les origines de cette spécialité médicale et d'en connaître ses erreurs pour ne pas les répéter. Il aura fallu beaucoup de temps dans les pays développés pour atteindre les résultats et la technicité acquise de nos jours.

Ces changements et nouvelles pratiques sont imputables à différents facteurs : la place des femmes dans la société, le rôle de la sage-femme et de l'obstétricien, ainsi que les courants de pensées et les mouvements politiques.

Les différentes études référencées dans cette thèse, en se basant sur la mécanique obstétricale, ne concluent pas à un consensus mais aux différentes modalités de prises en charge en fonction de la cause de dystocie. Ces pratiques sont influencées par les pathologies de l'époque, pour la plupart éradiquées de nos jours dans les sociétés développées,

Elle permet de mettre en évidence les fluctuations des pensées scientifiques à travers le temps.



Les innovations en obstétriques reprennent le plus souvent, des techniques anciennes, datant parfois de plus de mille ans réinventé et mise au goût du jour avec nos données et connaissances actuelles.

La grossesse et l'accouchement sont des phénomènes d'une grande complexité et susceptibles de nombreuses déviations. Une vision claire de l'évolution de l'obstétrique, à travers les pans d'ombre et les avancées grandioses, permet d'en arriver à l'Art des accouchements sophistiqué que connaissent les sociétés développées d'aujourd'hui.

Rappelons que cette thèse concerne nos sociétés occidentales développées et que tout ne s'applique pas malheureusement aux pays en voie de développement qui ne disposent pas de moyens nécessaires au progrès sanitaire. Les périodes sombres de l'Histoire de la naissance en Occident se perpétuent dans le tiers-monde où le statut des femmes est resté figé depuis plusieurs siècles.

## Références

1. **Portal, Antoine.** *Histoire de l'anatomie et de la chirurgie.* 1770.
2. **Leroy, F.** *Histoire de naitre.* 2001.
3. **Seguy.** *A propos des premiers livres d'obstétrique imprimés en français.* s.l. : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2010.
4. *Accouchement normal en présentation du sommet suites de couches normales.* s.l. : Cngof.
5. **Rosslin, Eucharius.** *Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosegarten.* 1513.
6. **Witkowski.** *Histoire des accouchements chez tous les peuples.* s.l. : Steinhell, 1886.
7. **Rueff, Jacob.** *De Conceptu et Generatione Hominis.* 1554.
8. **Stofft.** *Ambroise Paré accoucheur, Histoires des sciences médicales.* 1998.
9. **Paré, Ambroise.** *Briefve Collection de l'administration anatomique.* 1549.
10. —. *Deux livres de chirurgie.* 1573.
11. **Mercurio, Geronimo Scipione.** *La Commare o Roccoglitrice.* 1596.
12. **Guillemeau, Jacques.** *De la grossesse et de l'heureux accouchement des femmes.* 1609.
13. **Harvey, William.** *Exercitationes de Generatione Animalium.* 1650.
14. **Mauriceau, François.** *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.* 1681.
15. —. *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies.* 1694.
16. —. *Aphorismes touchant la grossesse et les accouchements.* 1718.
17. **Dionis, Pierre.** *Traité général des accouchements.* 1718.
18. **Amand, Pierre.** *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements, avec la manière de se servir d'une nouvelle machine pour tirer la tête de l'enfant.* 1722.
19. **Deventer, Hendrik Van.** *Manuale operatien zijnde een nieuw ligt voor vroed messters en vroed vrouwen.* 1719.
20. —. *Nader verhoog van de zware baringen.* 1739.
21. **Tsoucalas.** *Scotland's "wooden operator" William Smellie and his counterpart in France André Levret.* s.l. : Ital J Anat Embryol.116(3):148-52, 2011.
22. **Smellie, William.** *Treatise on the Theory and Practice of Midwifery.* 1752.
23. —. *Anatomical Tables.* 1754.
24. **Levret, André.** *Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux.* 1747.
25. —. *Art des accouchements, démontré par des principes de physique et de mécanique.* 1753.
26. **Coudray, Angélique Du.** *L'art des accouchements.* 1752.

27. **Hunter, William.** *Anatomy of the gravid uterus.* 1774.
28. **Sigault, Jean René.** *Discours sur les avantages de la section de la symphyse.* 1778.
29. **Baudelocque, Jean Louis.** *Principes sur l'art des accouchements, par demandes et réponses, en faveur des élèves sages-femmes de la campagne .* 1775.
30. —. *L'Art des accouchements.* 1781.
31. **Giles.** *Walcher's position in obstetrics.* s.l. : Br Med J. Jan 1; 1(1931): 53, 1897.
32. **Desseauve.** *Assessment of Pelvic-Lumbar-Thigh Biomechanics to Optimize The Childbirth Position: An "In Vivo" Innovative Biomechanical Study.* novembre 2019.
33. **Tarnier, Stéphane.** *Traité de l'art des accouchements.* 1881.
34. **Penard, Lucien.** *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage femme.* 1895.
35. **Pajot, Charles.** *Travaux d'obstétrique et de gynécologie.* 1889.
36. **P, Rosa.** *Diagnostic radiologique et clinique de la dystocie d'inclinaison : son traitement par la position d'hyperflexion.* s.l. : Gynecol Obstet;47 :825-830., 1948.
37. **Racinet, Claude.** *Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement.* s.l. : CNGOF, tome XXXII, 2008.
38. **Buhimschi.** *Use of Mc Robert's position during delivery and increase in pushing efficiency.* s.l. : Lancet. 11;358(9280):470-1., 2001.
39. **Racinet, C.** *L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion.* s.l. : J Gynecol Obstet Biol Reprod. 23, 263-270, 1999.
40. **L, Kpéa.** *Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France.* s.l. : Anesth Analg. 2015 Sep;121(3):759-66.
41. **S, Lurie.** *The History of caesarean section.* s.l. : Nova Science Publishers , 1935.
42. **JK, Gupta.** *Position for women during second stage of labour.* s.l. : Cochrane Database, 2004.
43. **Christian, Bamberg.** *Human birth observed in real-time open magnetic resonance imaging.* s.l. : American Journal of Obstetrics and Gynecology, Juin 2012.
44. **Ami, Olivier.** *Détection des disproportions foetopelviennes par réalité virtuelle: étude de faisabilité à propos de trois cas.* s.l. : Journal de radiologie Pages 40-45, 2011.
45. **Lachapelle, Marie Louise.** *Pratique des accouchemens ou mémoires et observations choisies sur les points les plus importants de l'art .* 1821.

## Table des illustrations

Table 1 Leonard de Vinci .....	45
Table 2 Jacob Rueff : De conceptu et Generatione Hominis.....	45
Table 3 Ignace Semmelweis 1818-1865 .....	47
Table 4 Reine Victoria et sa fille ainé en 1844 .....	47
Table 5 Schéma du bassin .....	49
Table 6 Engagement fœtal .....	49
Table 7 Rosslin présentant le traité à la duchesse .....	57
Table 8 Chaises obstétricales de Rosslin .....	57
Table 9 Illustrations du Rosegarten.....	57
Table 10 Jacob Rueff : De conceptu et Generatione Hominis / Chaise obstétricale de Rueff .....	59
Table 11 Schéma du mécanisme nutation .....	59
Table 12 Ambroise Paré (1510-1590).....	61
Table 13 Dessins tirés du traité d'Ambroise Paré .....	63
Table 14 Pieds de griffon extrait du traité d'Ambroise Paré.....	65
Table 15 Position accouchement préconisée pour la femme obèse .....	67
Table 16 Description schématique du phénomène de nutation / contre-nutation.....	69
Table 17 Jacques Guillemeau 1549-1613.....	73
Table 18 Schéma d'un fœtus dans la matrice .....	73
Table 19 William Harvey.....	75
Table 20 François Mauriceau .....	77
Table 21 French position de François Mauriceau .....	79
Table 22 Pierre Dionis.....	87
Table 23 Extrait du traité de Pierre Amand.....	91
Table 24 Ancêtre de la ventouse .....	91
Table 25 Hendrick Van Deventer (1651-1726).....	93
Table 26 Chaise d'accouchement.....	93
Table 27 Extraits du traité de W Smellie .....	95
Table 28 Extrait du traité de Smellie, et forceps avec courbure pelvienne .....	97
Table 29 André Levret .....	99
Table 30 Axe du défilé pelvien selon Levret.....	99
Table 31 Mannequin utilisé par Angélique Du Coudray.....	101
Table 32 William Hunter (I) Extrait de « Anatomy of the gravid Uterus » .....	103
Table 33 Traité de Jean René Sigault.....	105
Table 34 Jean Louis Baudelocque – L'art des accouchements.....	107
Table 35 Extrait de "Principe sur l'art des accouchements" .....	107
Table 36 Extrait de Principes sur l'art des accouchements « On nomme obliquité latérale droite, la déviation du fond de la matrice vers le coté droit du ventre et obliquité latérale gauche celle où il s'est déjetté sur le côté gauche ».....	109
Table 37 Céphalotribe .....	109
Table 38 Position de De Walcher .....	115
Table 39 Gustav Adolf Michaelis .....	117
Table 40 Losange de Michaelis.....	117
Table 41 Stéphane Tarnier .....	119
Table 42 Forceps de Tarnier .....	119
Table 43 Basiotribe de Tarnier .....	121
Table 44 Extrait de "Des Cas dans lesquels l'extraction du foetus est nécessaire" S Tarnier 1860 ....	121

Table 45 Seigle ergoté .....	123
Table 46 Charles Pajot .....	125
Table 47 Louis Hubert Farabeuf .....	127
Table 48 Signe de Farabeuf : 1ère photo : non engagée, 2ème photo : engagée .....	127
Table 49 Axe du bassin .....	127
Table 50 Adolphe Pinard .....	129
Table 51 1892 - Varnier - De la symphyséotomie .....	129
Table 52 Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives.....	133
Table 53 Fernand Cathelin.....	135
Table 54 Ian Donald en 1958.....	139
Table 55 Henry Hallett Dale .....	141
Table 56 Max Sänger .....	143
Table 57 Ferdinand Kehrer .....	143
Table 58 Processus de contourage manuel dans le logiciel Surfdriver à partir de pelvi-IRM (a) pour obtenir un maillage vectoriel autour du bassin (b) et de la tête fœtale (c et d).....	147





UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !





## RESUME

**Introduction :** La science médicale évolue à travers le temps et se régénère de manière successive. Certaines pratiques médicales et chirurgicales disparaissent ; de fait, l'enseignement lui-même est en constante mutation. Le but de l'étude est de retracer la prise en charge de la dystocie d'engagement au cours de l'Histoire au travers des écrits et des dessins obtenus dans les traités obstétricaux au cours des cinq derniers siècles.

**Matériel et Méthode :** Les données proviennent des traités obstétricaux de l'époque, des études historiques et médicales. La revue de la littérature a été effectuée sur PubMed, la Bibliothèque Nationale de France, Gallica, CAIRN, Biusante.parisdescartes. Le vocabulaire utilisé à l'époque est adapté avec des termes modernes. Cette étude ne se limite pas à la description purement historique des traités, mais à la réflexion des connaissances en mécanique obstétricale mêlée aux croyances de l'époque. Le plan de cette thèse suit un découpage en périodes historiques.

**Résultats :** Les avancées technologiques et découvertes intellectuelles ont marquées les siècles. De la mise en évidence de la dystocie mécanique à la dystocie dynamique, avec un toujours un réel désir de transmettre son savoir à travers les différents traités obstétricaux. Les différents siècles sont marqués par ordre chronologique par la transmission de l'Art des matrones aux chirurgiens, les débuts de l'extraction instrumentale, l'interventionnisme chirurgical par la symphyséotomie puis la césarienne avec enfin la place de l'imagerie et des ocytociques ; tout en faisant évoluer les différentes positions d'accouchement.

**Conclusion :** L'influence des pratiques ont été considérables, disparaissant pour ressurgir parfois plusieurs siècles plus tard.

La grossesse et l'accouchement sont des phénomènes d'une grande complexité et susceptibles de nombreuses déviations. Une vision claire de l'évolution de l'obstétrique, à travers les pans d'ombre et les avancées grandioses, permet d'en arriver à l'Art des accouchements sophistiqué que connaissent les sociétés développées d'aujourd'hui.

**Mots clés :** Dystocie, engagement, mécanique obstétricale