

Les cliniques de femmes à l'étranger

RAPPORT PRÉSENTÉ AU GOUVERNEMENT

PAR LE

DOCTEUR BROUHA

Lauréat du Concours des bourses de voyage de 1897

BRUXELLES
IMPRIMERIE NATIONALE
43, RUE DE LA FOURCHE, 43
—
1900

Taub
3187
5/1/07

INTRODUCTION

Le présent rapport ne se propose pas de dresser un inventaire complet des acquisitions qu'il m'a été donné de faire à l'étranger. A vrai dire je suis encore trop peu dégagé des circonstances accessoires pour pouvoir m'atteler avec fruit à semblable besogne. Au retour d'un voyage qui a eu pour objet trois des pays universitaires les plus importants d'Europe, on reste quelque peu désorienté devant le fouillis de faits, d'idées, de notes qui se sont accumulés dans la mémoire et les cartons. A l'instant où il semblerait que la vérité va s'en dégager toute pure, l'esprit, que des particularités de lieu ou de personnes ne distraient plus, s'ingénie à soulever des critiques inédites.

C'est en quelque sorte à présent que va commencer le véritable travail, celui qui coordonnera et synthétisera les données éparses. Car, à l'étranger, on ne doit pas songer à s'armer d'un esprit de critique trop aigu. Tout procédé, toute théorie, toute interprétation, portant en elle-même un point faible de plus ou moins d'importance, ce dernier ne tarderait pas à prendre aux yeux défiants de l'observateur, une valeur exagérée qui pourrait conduire à rejeter, dans sa totalité, une manière à laquelle il ne manque peut-être que bien peu de chose pour réaliser la perfection.

Il faut donc croire et le faire avec ferveur. C'est là une condition essentielle pour arriver à se pénétrer d'une méthode dans ce qu'elle a de plus délicat et de plus parfait. Il suffit parfois qu'un détail irrationnel ait suscité en vous un sentiment de pitié railleuse pour que vous vous trouviez incapable du zèle qu'exige l'apprentissage du procédé. Voilà pourquoi on doit s'efforcer d'apporter à chaque école un esprit neuf et enthousiaste et c'est là une des tâches les plus difficiles qui s'imposent au jeune médecin en voyage d'étude.

Les deux sciences qui formèrent l'objet essentiel de mon enquête : l'obstétrique et la gynécologie, réclament à un point particulièrement élevé ces qualités, en quelque sorte neutres, dont il vient d'être question.

Vieille comme le monde, la science des accouchements se refuse encore à tenir en un ensemble de lois admises sans conteste. Bien au contraire une foule de points restés mystérieux en elle ont créé entre

les accoucheurs des divergences profondes, presque irréductibles. Citerai-je des exemples? Sans parler des différences de vue sur la nature intime morphologique et physiologique des phénomènes de la fécondation, de la grossesse, de la parturition, le domaine des faits pratiques nous offre déjà le tableau d'une grande variété d'opinions. Prenons, entre beaucoup d'autres, cette proposition simple : doit-on faire précéder l'accouchement normal d'une irrigation vaginale antiseptique? La plupart des accoucheurs répondront encore oui. Un bon nombre déjà s'élèveront contre cette pratique qu'ils considèrent, non-seulement comme superflue, mais qu'ils croient nuisible dans les conditions habituelles de son application. Les uns et les autres cependant basent leur conviction sur le résultat d'expériences scientifiques. Car, s'il est vrai de dire que les irrigations vaginales antiseptiques aient été introduites à l'époque où l'antisepsie régnait en maîtresse dans tous les domaines de la médecine, il semble certain que ceux qui en font usage à présent, se sont dégagés de cette origine empirique et qu'ils appuient leur manière de faire sur des recherches bactériologiques. Mais tandis que dans leurs mains, celles-ci aboutissaient à la conclusion que le vagin héberge d'une façon habituelle des germes pathogènes, d'autres expérimentateurs en les répétant, arrivèrent à une proposition diamétralement opposée, à savoir que le vagin à l'état normal est constamment dépourvu de microbes pathogènes et que, de plus, sa sécrétion exerce vis-à-vis de ces derniers une influence bactéricide nette. Il est aisé, dans cette deuxième manière, de comprendre l'intérêt qui existe à respecter religieusement cette sécrétion bienfaisante qui protège les voies génitales supérieures contre l'infection.

Des oppositions de ce genre se rencontrent, aussi frappantes, dans le domaine de l'obstétrique opératoire. Considérons par exemple cette modalité de l'application de forceps qu'on a appelée : forceps au détroit supérieur ou haut forceps. Eh bien ! le professeur Olshausen, derrière qui se rangent la plupart des maîtres de l'école allemande, exige comme condition nécessaire à l'application du forceps, l'engagement complet de la tête dans le conduit osseux du bassin. Or, ce principe condamne d'une façon absolue le « haut forceps ». Si nous envisageons alors la technique de ceux qui ont recours à cette manœuvre, nous voyons que les uns appliquent, au détroit supérieur, le forceps à deux mains, comme dans l'excavation, tandis que les autres exécutent ce qu'ils nomment « l'application à une main » dans laquelle les deux

branches du forceps sont conduites sur une seule main-guide dans les voies génitales.

Ces exemples pourraient être multipliés presque à l'infini. Ils prouvent que, même au sujet des choses courantes de l'obstétrique les opinions les plus diverses sont professées et que leurs conséquences pratiques, seul critérium légitime, doivent être bien difficiles à apprécier.

En dépit du formidable essor qu'elle a pris au cours de ces quinze dernières années sous la sauvegarde de l'antisepsie, la gynécologie possède encore moins de précision. Rappelons-nous l'infinité de méthodes thérapeutiques préconisées en « petite gynécologie » contre le catarrhe du col et du corps de l'utérus ! On peut presque dire que, dans ce domaine, tout gynécologue a sa méthode propre. En « grande gynécologie » les indications opératoires commencent seulement à se préciser et les vives discussions qui se sont élevées à ce sujet dans les récents congrès internationaux n'autorisent guère à prophétiser un accord prochain.

En raison de cette situation, je suis vite arrivé à me convaincre qu'il fallait réserver à plus tard la besogne du critique et m'en tenir à l'étude scrupuleuse et impartiale des diverses écoles. Le temps se chargera de classer les documents que cette ligne de conduite m'a permis d'amasser. Ce n'est que plus tard, après l'entrée en jeu de mon expérience propre, que je pourrai comparer les écoles adverses avec quelque chance de distinguer en chacune d'elles le bon et le mauvais.

Dans les pages qui vont suivre, je me propose d'évoquer le souvenir des services de gynécologie et d'obstétrique des différentes universités que j'ai visitées, en insistant tout particulièrement sur les installations qui me paraissent réaliser un progrès dans la pratique et l'enseignement de ces deux sciences.

Je diviserai ce rapport en 4 chapitres :

1° *Description des cliniques de femmes de Bonn, Bâle, Zurich, Berne, Munich, Berlin; de la clinique d'accouchement Tarnier (Paris) et du service gynécologique de l'hôpital Broca (Paris);*

2° *Exposé succinct des conditions que doit remplir à l'heure actuelle une clinique de femmes;*

3° *Schéma général de l'enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie en Allemagne et en France. — Les policliniques obstétricales en Allemagne. — Les cliniques de nourrissons à Paris;*

4° *Parallèle entre les écoles allemande et française au point de vue du forceps.*

Je me fais un agréable devoir de remercier ici MM. les professeurs *Fritsch* de Bonn s/R., *Bumm* de Bâle, *Winckel* et *Amann* de Munich, *Olshausen* de Berlin, *Budin*, *Pozzi*, *Richelot* de Paris pour l'accueil bienveillant qu'ils m'ont réservé dans leur clinique.

M. le professeur *Fraipont* de Liège, a bien voulu me seconder activement dans l'édification de mon plan de voyage. Son patronage m'a été partout du plus précieux appoint; je lui en exprime toute ma respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Les cliniques de femmes à l'étranger

Dans les universités allemandes et suisses, l'obstétrique et la gynécologie marchent de pair; elles relèvent d'un seul professeur et sont pratiquées dans une même clinique que l'on désigne communément sous le nom de « clinique des femmes » (Frauenklinik). Ces deux branches de l'art de guérir sont, de même, intimement associées dans l'esprit des profanes et l'épithète « Frauenartz » s'attache au médecin qui s'occupe à la fois des accouchements et des maladies de femmes. Rien n'est plus légitime car le plus grand nombre des affections génitales de la femme se rattachant à la grossesse et à la parturition, il va de soi que le médecin qui l'assiste dans ces dernières assume également la tâche de conjurer ou de guérir les maladies qui peuvent en résulter.

En France, la gynécologie ne comporte pas encore d'enseignement officiel, l'art des accouchements étant seul professé dans les cliniques universitaires. Ce sont les chirurgiens des hôpitaux qui pratiquent la gynécologie et quelques-uns d'entre eux lui ont consacré exclusivement leur service. C'est ainsi qu'il existe à Paris de véritables cliniques de femmes où peuvent travailler les jeunes médecins qui désirent se perfectionner dans la science si délicate des affections génitales de la femme. Nous serons donc forcés, en ce qui concerne les installations françaises, de décrire tour à tour celles qui sont consacrées exclusivement soit à l'obstétrique soit à la gynécologie.

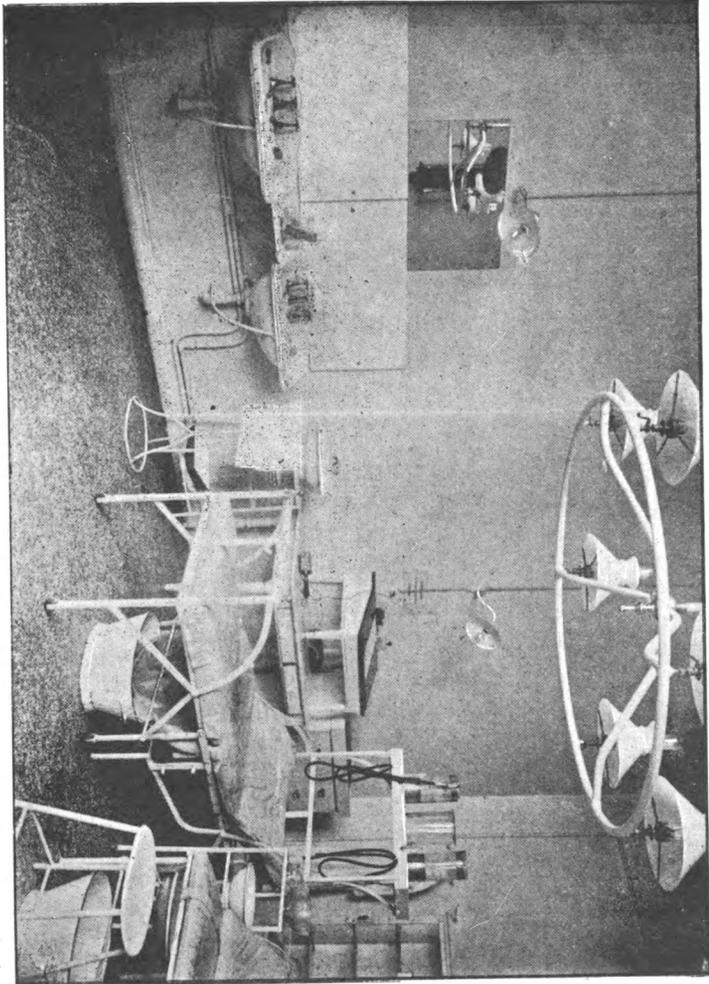
Dans les descriptions qui vont suivre je m'attacherai surtout à mettre en lumière ce qui est pour le médecin d'un intérêt scientifique immédiat. Je ne m'occuperai donc pas des questions relatives au chauffage, à l'éclairage, à la ventilation, etc..., à moins toutefois qu'il ne s'agisse de dispositions spéciales imaginées en vue d'un but médical déterminé. Je me bornerai de même à une esquisse très brève des bâtiments qui logent les cliniques, me réservant d'exposer au chapitre II les desiderata de la médecine moderne à ce point de vue. Enfin je ne ferai que signaler en passant le principe du fonctionnement administratif de ces institutions hospitalières.

Clinique des femmes de l'Université de Bonn

Je m'étendrai quelque peu sur cette première clinique qu'un long séjour à Bonn m'a permis d'apprendre à bien connaître. C'est elle qui me servira de type, non pas que je la croie parfaite, tant s'en faut, mais parce qu'elle représente un bel effort vers l'idéal qui se trouve presque réalisé par la clinique de Bâle.

L'édifice comporte un bâtiment principal disposé parallèlement au cours du Rhin. A ses deux extrémités sont appliquées deux ailes latérales. La façade correspond à l'intervalle compris entre ces deux ailes. Du côté opposé un vaste jardin s'étend jusqu'au fleuve.

Le *rez-de-chaussée* est occupé, dans l'étendue du bâtiment principal, par les appartements du professeur; dans l'aile droite, par les laboratoires d'histologie et de bactériologie, par un auditoire destiné aux leçons théoriques et la consultation externe. Le *rez-de-chaussée* de l'aile gauche



PHOTOGRAPHIE I

comprend la lingerie, l'office, etc. Le premier étage est occupé par le service d'obstétrique et le grand auditoire clinique. Le second étage loge le service gynécologique.

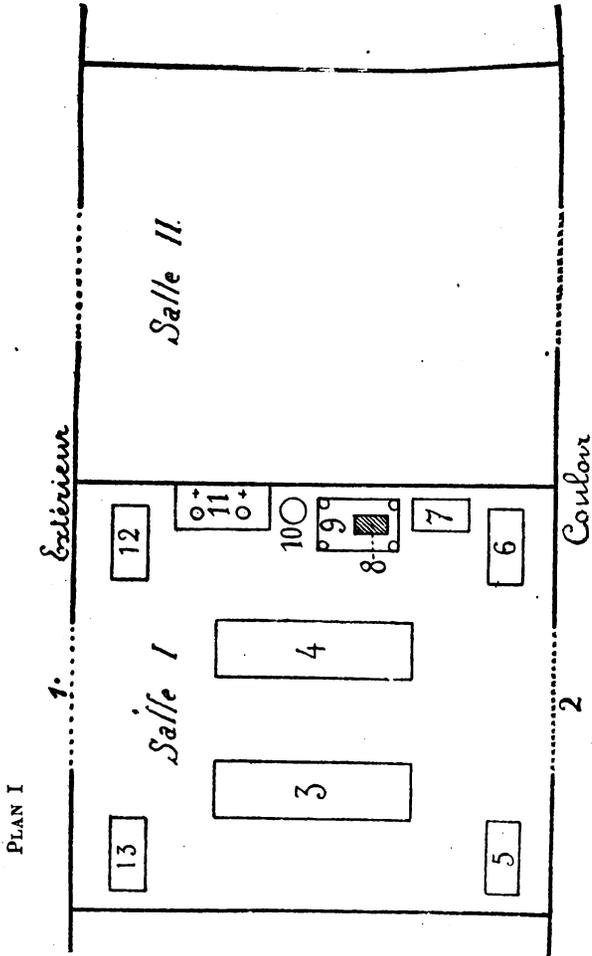
En outre du professeur (geheim rath Fritsch), le service de la clinique comporte trois assistants et deux médecins volontaires. Une certaine hiérarchie existe parmi les assistants. Le « premier assistant » surveille le service gynécologique et intervient à titre de premier aide dans les opérations. Le « deuxième assistant » dirige la policlinique, tant gynécologique qu'obstétricale et prend part comme deuxième aide aux opérations. Le « troisième assistant » s'occupe du service obstétrical. Tous trois sont rémunérés et logés à la clinique. Les médecins volontaires, logés également à la clinique, mais ne recevant pas d'émoluments, sont adjoints aux premier et troisième assistants. Ils remplissent de plus les fonctions d'anesthésiste.

SERVICE D'OBSTÉTRIQUE

Les *chambres d'accouchées* en occupent la plus grande étendue. Elles sont identiques à celles de la plupart des hôpitaux modernes. Spacieuses, bien aérées, bien éclairées, elles sont peintes en blanc. Leur mobilier est réduit au strict nécessaire. Les *salles d'accouchement* offrent plus d'intérêt. Le service en possède deux placées côte à côte.

En l'absence de cas septiques, ces deux salles sont alternativement utilisées durant des périodes de quinze jours. Celle qui chôme est soumise à un nettoyage soigné.

Afin d'éviter une description fastidieuse, nous prions le lecteur d'examiner comparativement la photographie et le plan ci-joints. (Photographie I, plan I.)



1. Fenêtre. — 2. Porte. — 3-4. Lits. — 5-6-7. Armoires à linge et à instruments. — 8. Pupitre. — 9. Table portant une balance destinée à peser les nouveau-nés. — 10. Récipient à antiseptique. — 11. Lavabo. — 12. Stérilisateur pour instruments. — Poêle à gaz.

Les lits méritent nonobstant une mention spéciale. Ils offrent une particularité, imaginée par le professeur Fritsch, consistant en ce qu'ils peuvent être séparés en deux dans le sens de la longueur. De la sorte, quand au cours d'un accouchement, la nécessité d'une intervention opératoire s'impose, il suffit d'enlever la partie correspondant au pied du lit pour que l'accoucheur puisse s'installer vis-à-vis de la vulve sans qu'il soit besoin de modifier la position de la femme. La photographie I montre un de ces lits complet, l'autre démonté. A la muraille, au-dessus du lavabo, se trouve affiché un règlement qui précise la façon dont les mains doivent être désinfectées avant chaque exploration interne. La minutie de ce règlement mérite qu'on en donne une traduction littérale :

1° Celui qui doit conduire un accouchement s'abstiendra, dans les vingt-quatre heures qui le précèdent de toute visite à la salle d'autopsie et de tout contact avec des malades contagieux (érysipèle, phlegmon, diphtérie, etc.);

2° Avant de pénétrer dans la salle d'accouchement, chaque élève doit revêtir une blouse de toile blanche ;

3° Les manches doivent être relevées jusqu'au-dessus du coude, les mains et les avant-bras nettoyés à fond avec brosse et savon dans l'eau chaude;

4° Les ongles des deuxième et troisième doigts de la main exploratrice doivent être taillés courts et tous les ongles, en général, ainsi que leurs lits, soigneusement nettoyés;

5° Là-dessus, mains et avant-bras seront encore une fois lavés à l'eau chaude avec brosse et savon. De nouveau on nettoiera les ongles, les lits des ongles, les régions des articulations des doigts, les régions interdigitales. Afin de n'oublier aucune place il est bon de procéder suivant un plan déterminé; de commencer par le pouce d'une main et de prendre successivement les autres doigts (cette opération doit durer dix minutes au moins);

6° Après un dernier rinçage, les avant-bras et les mains seront brossés avec une solution alcoolique de sublimé ;

Alcool absolu } a'a gr. 500
eau
Sublimé corrosif: gr. un

pendant deux minutes. On doit veiller, dès cet instant, à ne plus toucher un objet non stérilisé ;

7° Avant toute exploration, les parties génitales externes de la parturiente seront désinfectées par une autre personne au moyen d'une solution de sublimé à 1 ‰ ;

8° Avec l'une des mains, encore humides, les grandes lèvres sont écartées tandis que l'index de l'autre main est introduit dans le vagin. Il faut s'appliquer à ne pas entraîner de poils ;

9° Le toucher doit être aussi prudent que possible en vue d'éviter à la femme des lésions ou des douleurs.

LE DIRECTEUR.

L'enseignement de l'obstétrique à la clinique de Bonn comprend :

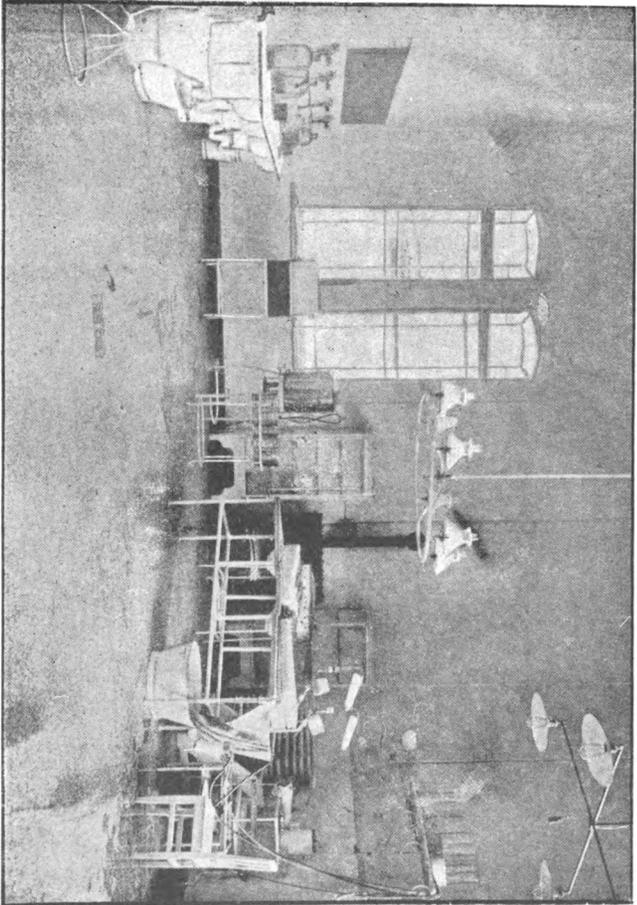
1° Des leçons cliniques, données quatre fois par semaine, au cours desquelles défilent aussi bien des cas de gynécologie que des cas d'obstétrique ;

2° Un cours théorique d'accouchement ;

3° Un cours d'exploration obstétricale ;

4° Un cours d'opérations obstétricales au mannequin ;

5° La fréquentation de la salle d'accouchements qui se fait dans les conditions suivantes : Les étudiants, par série de quatre, habitent la clinique pendant des périodes de quinze jours. Durant ce temps, ils assistent à tous les accouchements qui se font à la clinique. L'un d'eux seulement est autorisé à pratiquer l'exploration interne qui ne peut être entreprise qu'en présence de l'assistant ou du médecin volontaire.



PHOTOGRAPHIE II

Service de gynécologie

Il occupe tout le deuxième étage. Une série de chambres et de petites salles se trouve réservée à la clientèle privée du professeur. Arrivons sans tarder à la *salle d'opérations*.

Le regard étant dirigé vers la fenêtre (plan II, n° 1) les photographies II et III représentent respectivement les moitiés gauche et droite de la salle d'opération. Sa forme est rectangulaire. Le sol est en terrazzo. Il présente une légère inclinaison vers un point à peu près central où se trouve une bouche d'égoût protégée par une grille. Le plafond, percé de trois grands lanterneaux en verre dépoli, est peint à la couleur émail blanche. Les murailles sont revêtues jusqu'à une hauteur de 1 m. 50 de carreaux de faïence émaillée blanche ; le restant de leur surface porte une couche de couleur émail blanche. Les deux portes qui donnent accès dans la salle sont doublées intérieurement d'une plaque en tôle de fer peinte comme les murailles. L'éclairage est assuré pendant le jour par les fenêtres 5 et 1 (plan II) et par les lanterneaux du plafond.

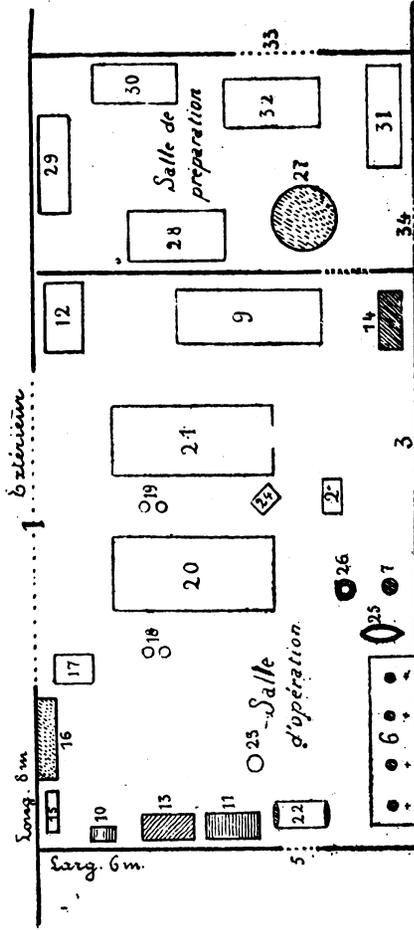
La lumière artificielle est tournée par deux lustres, l'un à bec Auer, (photographie II), l'autre formé de quatre lampes électriques à incandescence (photographie III).

On voit que les sources lumineuses de ces lustres sont disposées de telle sorte que les rayons qu'elles émettent arrivent aux tables de toutes les directions et ne peuvent être interceptés par l'opérateur ou ses aides.

Stérilisation des mains. — La photographie II donne du lavabo une image suffisamment nette. Les flacons qu'il porte sont en verre bleu. Ils contiennent la solution du sublimé à 1 ‰. Deux récipients plus petits, remplis de la même solution, renferment les brosses.

Les manches retroussées au-dessus du coude, l'opérateur et ses aides commencent à se brosser vigoureusement, avec du savon mou de potasse, les mains et les avant-bras pen-

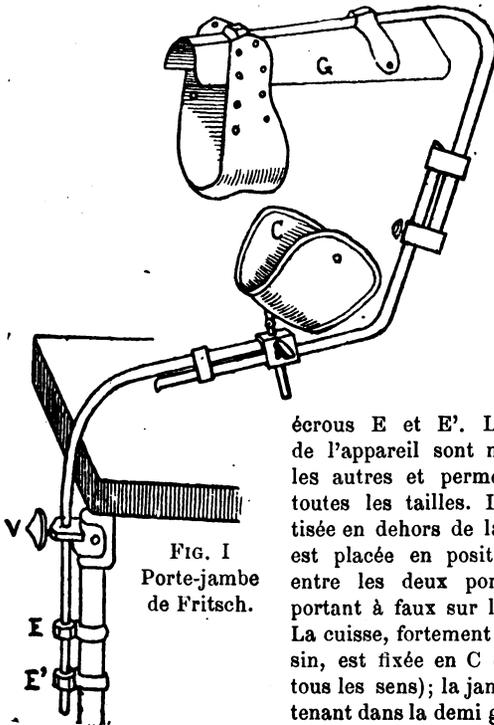
PLAN II. — Emplacement des meubles et appareils de la salle d'opération.



1. Grande fenêtre. — 2. Bouche d'égoût. — 3. Porte principale. — 4. Porté. — 5. Fenêtre. — 6. Lavabo. — 7. Evier et robinet supplémentaires. — 8-9. Table pour la préparation des sutures. — 10-11-12. Vitrine pour instruments. — 15. Poêle à eau chaude relevant de la chaudière centrale. — 13-14. Poèles à gaz. — 16. Rayon en verre fixé à la muraille à 2m25 de hauteur, supportant des fiocons à solutions antiseptiques. — 17. Etagère à instruments (fig. II du texte). — 18-19. Supports. — 20. Table pour les opérations par le vagin. — 21. Table pour les laparotomies. — 22. Appareil de Thurfield. — 23. Stérilisateur pour eau (fig. VI du texte). — 24. Stérilisateur pour instruments (texte fig. V). — 25. Bassin ou sont conservés dans une solution de sublimé à 1/100 les tabliers de toile imperméable. — 26. Réceptif. — 27. Autoclave. — 28-29-30-31. Armoires. — 32. Sopha. — 33. Fenêtre. — 34. Porte.

nant huit à dix minutes. Vient ensuite un brossage au sublimé à 1 ‰. Ils endossent alors des blouses de toiles blanches qu'ils prennent directement dans l'appareil de Thurfield où elles viennent d'être stérilisées. Nouveau brossage au sublimé puis à l'alcool à 70°. L'opérateur et ses aides passent enfin des tabliers imperméables conservés dans le sublimé. Avant de toucher aux instruments l'antiseptique est enlevé des mains par un rinçage à l'eau stérilisée.

Table et dispositif pour les opérations par le vagin. — La



seule partie intéressante de la table est représentée par les « porte-jambe » imaginés par Fritsch (fig. I.)

Ces « Beinhalter » peuvent être fixés à toute table au moyen de la vis V et des

écrous E et E'. Les trois segments de l'appareil sont mobiles les uns sur les autres et permettent l'adaptation à toutes les tailles. La patiente, narcotisée en dehors de la salle d'opération, est placée en position sacro-lombaire entre les deux porte-jambe, le siège portant à faux sur le bord de la table. La cuisse, fortement fléchie sur le bassin, est fixée en C (pièce mobile dans tous les sens); la jambe se trouve maintenant dans la demi gouttière G.

FIG. I
Porte-jambe
de Fritsch.

Ces porte-jambe offrent les avantages suivants :

- 1° Le bassin est fixé très solidement dans une position qui supprime son inclinaison ;
- 2° La cuisse maintenue en C ne comprime pas l'abdomen et ne gêne pas la respiration ;
- 3° La position des assistants qui appuient la poitrine sur la gouttière G est très peu fatigante ; elle leur permet en outre de faire usage des deux mains.

Les jambes de la patiente ainsi que les gouttières qui les fixent sont entourées de bas de toile imprégnés de la solution de sublimé à 1 ‰. L'opérateur et ses aides se placent ainsi que l'indique le plan III. A la droite de l'opérateur se trouve une table étagère représentée par la figure II. Son rayon inférieur porte un récipient en fer émaillé que l'on remplit d'une solution de sublimé à 1 ‰.

PLAN III

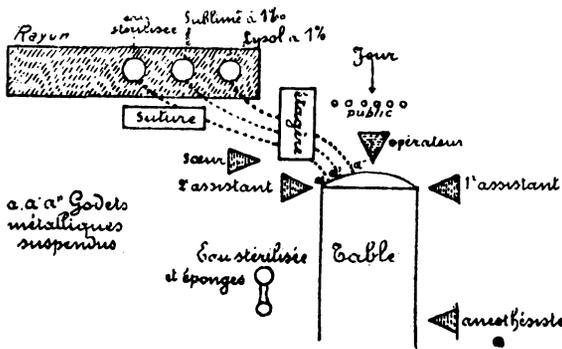
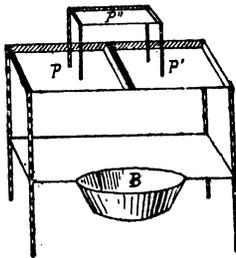
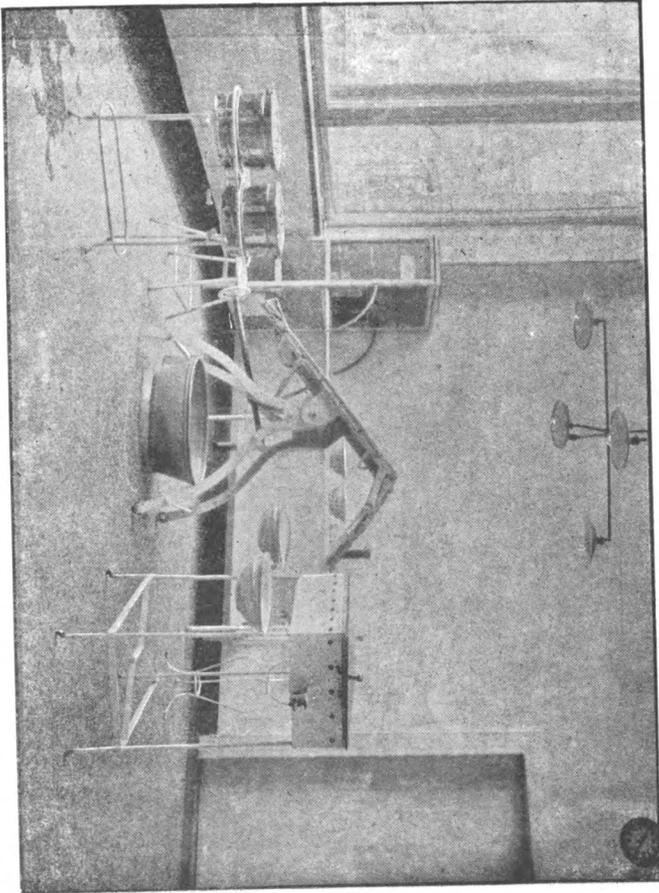


FIG. II

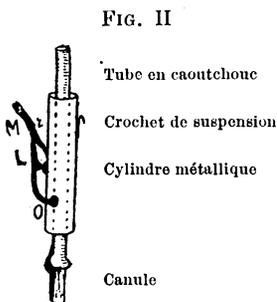


L'étage moyen et l'étage supérieur comprennent trois plateaux remplis au préalable d'eau stérilisée et dans lesquels sont placés les instruments suivant un ordre déterminé. Des flacons supportés par le rayon fixé au mur (plan II, n° 16, photographie II), contenant respectivement de l'eau stérilisée, des solutions de lysol à 1 ‰ et de sublimé à 1 ‰ portent trois tuyaux en caoutchouc de couleur différente. Ces tuyaux se terminent à des canules en verre qui plongent dans



PHOTOGRAPHIE III

des godets métalliques en forme de hotte, remplis de solution de sublimé à 1 ‰. Ces godets sont suspendus par un crochet au tablier de la table (photographie II). Le robinet qui commande le débit de ces canules est d'une manipulation très commode. La figure 3 en donne une idée suffisante.



La sœur prépare les sutures, les ligatures et les tend à l'opérateur qui prend lui-même les instruments. Le sang est enlevé du champ opératoire au moyen d'éponges rincées à l'eau stérilisée et qu'on conserve, entre les opérations, dans une solution de phénol.

L'opérateur brosse au savon, rase, puis brosse au sublimé le champ opératoire et tout est prêt.

Fritsch emploie pour mettre en évidence la portion vaginale

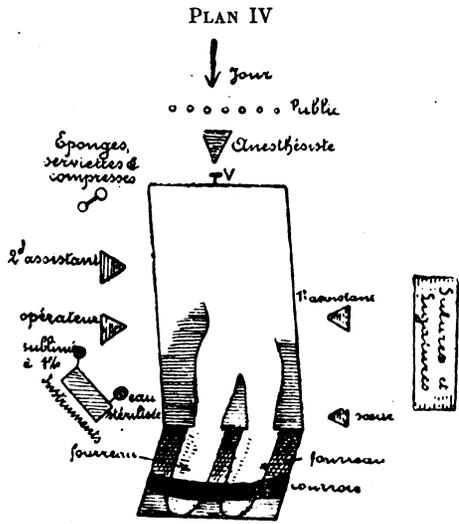
du col utérin les spécula de Simon qu'il a quelque peu modifiés. La valve inférieure est moins longue, ce qui facilite l'abaissement de la matrice; de plus, les bords latéraux de cette valve sont fortement relevés de façon à écarter les grandes lèvres et à rendre le plus souvent inutile l'emploi d'écarteurs latéraux. Enfin la valve supérieure, creusée en gouttière et munie d'un robinet, permet une irrigation continue, en quelque sorte automatique, du champ opératoire.

Laparotomies. — La photographie III permet de se faire une idée très nette de la table de Fritsch. Sur le cadre supérieur de cette dernière on tend, au moment de l'opération, une toile à voile très solide, imprégnée de sublimé à 1 ‰ et percée de trous qui facilitent l'écoulement des liquides. Cette toile est renouvelée à chaque opération.

La patiente, en narcose, est placée sur la table, complètement dévêtue, les cheveux pris dans un bonnet de caoutchouc. A ce moment, le cadre supérieur de la table est

horizontal dans la plus grande partie de son étendue. Seul, le segment correspondant aux jambes de la patiente est incliné sur le restant du cadre. Les jambes, emprisonnées dans des bas de toile imprégnés de sublimé, sont fixées à cette partie.

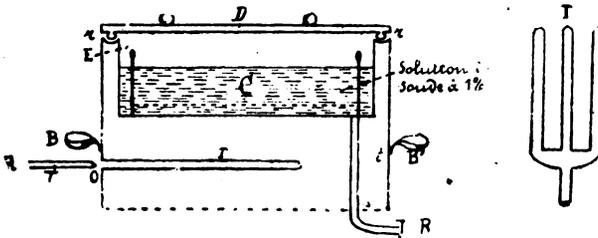
On procède d'abord à la désinfection de la peau de l'abdomen. La veille, la patiente a pris un bain général, elle a, de plus, passé la nuit, l'abdomen enveloppé d'un pansement au sublimé. D'abord savonnée (savon fluide de potasse), la peau est ensuite rasée, puis rincée au sublimé à 1 ‰ pour enlever le savon et les poils. Vient alors un deuxième et consciencieux brossage au savon alcoolique enlevé par un dernier arrosage au sublimé à 1 ‰.



Au moyen d'une manivelle, l'assistant anesthésiste donne au cadre qui supporte la patiente, l'inclinaison voulue. L'opérateur (voyez le plan IV) trouve à sa droite les instru-

ments, dans l'appareil même qui a servi à les stériliser. La photographie III et le dessin schématique de la figure IV permettent de se faire une bonne idée de cet appareil très simple imaginé par Fritsch.

FIG. IV



E. Paroi métallique double, sauf au niveau du fond. — D. Couvercle en cuivre s'engageant dans la rainure r. — C. Corbeille métallique destinée à recevoir les instruments. — t et R' tube et robinet de décharge de l'appareil. — T. Tubes métalliques servant de chaufferie. — R. Robinet au niveau duquel le gaz est allumé de façon à lancer une flamme dans les tubes T-B et B' récipients en porcelaine.

Les instruments ordinaires sont soumis à une ébullition de quinze minutes dans une solution de carbonate de soude à 1/2 %. Les ciseaux et les bistouris ne séjournent respectivement que cinq et deux minutes dans le liquide bouillant. Cette opération terminée, on vide l'appareil au moyen du robinet R' et l'on abandonne les instruments au refroidissement. On peut hâter ce dernier en versant dans l'appareil de l'eau stérilisée froide.

Le premier assistant fait face à l'opérateur. A la gauche de ce dernier se place le second aide chargé de passer les éponges (morceaux d'ouate enveloppés de gaze) les compresse, etc. L'isolement du champ opératoire est fait au

moyen d'essuie-mains stérilisés fixés les uns aux autres par des épingles de sûreté. Les objets de pansement sont stérilisés à l'autoclave. L'eau stérilisée, c'est-à-dire la solution physiologique de chlorure de sodium à 7 ‰ est obtenue au moyen d'un appareil très répandu, imaginé par Fritsch et désigné par lui sous le nom de « stérilisationstopf für das Wasser ».

Les fils sont préparés par la sœur, sur la table située derrière le premier aide (plan IV).

La soie est stérilisée par l'ébullition et conservée dans une solution alcoolique de sublimé à 1 pour 200. Le catgut est d'abord brossé au savon mou de potasse, placé ensuite pendant 24 heures dans l'éther sulfurique et conservé dans la solution alcoolique de sublimé à 1 pour 200. Le crin de Florence est simplement passé au sublimé au moment de l'emploi.

A aucun moment et dans aucune circonstance la cavité péritonéale n'est irriguée. Après l'enlèvement de la tumeur ou de l'organe malade, le péritoine est nettoyé à sec à l'aide d'éponges montées.

Le péritoine est fermé par un surjet au catgut. Les muscles droits et leur aponévrose sont rassemblés par des points passés au catgut. Enfin la peau est réunie au moyen de points passés au crin de Florence, l'opérateur adaptant exactement les bords de la plaie avec une pince à dents de souris tandis que le premier aide noue les fils. La plaie est lavée à l'eau stérilisée, puis, au moyen d'une spatule, on recouvre la ligne de suture d'une couche épaisse de pommade à l'airol (airol 40, glycérine et mucilage de gomme à 20, Kaolin 120). Là-dessus on applique une triple bandelette de gaze dont on fixe le pourtour avec du collodion. Vient ensuite un paquet de ouate, puis le bandage. Ce dernier consiste en bandes

d'emplâtre appliquées transversalement sur le pansement ouaté et collées à leurs deux extrémités aux flancs de l'opérée (préalablement lavés à l'éther). Par leurs bords, ces bandes se recouvrent à la façon des tuiles d'un toit. Ce bandage offre l'avantage de durer jusqu'à la guérison. Lorsqu'on change le premier pansement, on le fend sur la ligne médiane et on découpe, à deux centimètres de chaque bord de l'incision, une série de boutonnières dans lesquelles on passe un cordon. Le bandage primitif se trouve ainsi transformé en une espèce de demi-corset très propre à maintenir les pansements ultérieurs. Avant de recevoir l'opérée, le lit est chauffé par des boules d'eau chaude.

La *salle de préparation* est un petit réduit à droite de la salle d'opération. Elle est surtout employée comme lieu de narcosé (plan II).

L'enseignement de la gynécologie à l'université de Bonn comprend :

- 1° Les leçons cliniques ;
- 2° Un cours théorique de maladies des femmes ;
- 3° Un cours d'exploration gynécologique.

Disons en passant que les deux laboratoires que possèdent la clinique sont très suffisamment montés pour établir ou confirmer tous les diagnostics qui relèvent de l'anatomopathologie et de la microbiologie.

La clinique est pourvue d'une *bibliothèque* très riche tant en périodiques qu'en traités intéressant l'obstétrique et la gynécologie. Les élèves ont libre accès dans cette bibliothèque. Le professeur porte encore le titre de directeur de la clinique dont il assure la bonne administration. Comme tel, il relève directement du gouvernement prussien aux frais de qui fut érigée et fonctionne encore à présent, la clinique des femmes.

Clinique de Bâle

(Professeur Bümm)

La clinique des femmes de Bâle, tient le premier rang parmi les mieux combinées que j'ai vues. Elle approche de l'idéal car elle répond presque entièrement aux desiderata que nous formulons, au chapitre suivant, quant à ce que doit être une clinique de femmes à l'heure actuelle. Elle comprend un bâtiment principal et une dépendance qui loge les machines, les cuisines, le lavoir, etc. Cette dépendance ne possède qu'un étage et de la sorte ne contrecarre en rien l'afflux d'air et de lumière au bâtiment principal. Ce dernier comporte un rez-de-chaussée et deux étages. Son long axe court du sud-est vers le nord-ouest, la façade regarde vers le sud-ouest, le dos du bâtiment vers le nord-est.

Rez-de-Chaussée. — Mentionnons rapidement l'habitation du concierge, la salle de garde, la chambre du service médical où se trouvent les archives de la clinique, 2 chambres à coucher pour sous-assistants; 3 salles, comportant ensemble 14 lits destinés à des accouchées qui, en raison d'une faiblesse anormale et d'une maladie de leur enfant doivent séjourner à la clinique au-delà des 12 jours réglementaires après l'accouchement; le bureau du professeur qui sert de bibliothèque. Vient ensuite le laboratoire installé à la fois en vue de recherches d'histologie et de bactériologie.

L'auditoire théorique occupe l'angle est du bâtiment. Il est pourvu de 50 sièges à bascule et flanqué de deux petites salles dont l'une contient la collection d'instruments, l'autre, la collection de préparations anatomiques. Ces dernières sont exposées de façon à pouvoir être démontrées sans qu'il soit besoin de les sortir des récipients qui les contiennent.

L'*auditoire clinique* présente la disposition amphithéâtrale. Les gradins sont construits en fer, de façon à supporter sans altération le jet d'une lance à eau. L'hémicycle sert aux démonstrations. On y exécute également les opérations dont les péripéties peuvent être suivies d'un peu loin. Le sol est en terrazzo, les murailles jusqu'à une hauteur de 2^m50 sont revêtues de carreaux de faïence émaillée; dans le reste de leur étendue elles sont peintes en blanc. Une conduite rattachée à la chaudière de la chaufferie permet de remplir en 5 minutes l'auditoire d'un brouillard épais de vapeur d'eau.

L'éclairage surtout est heureux. La lumière tombe dans l'auditoire par une large baie vitrée qui commence un peu au-dessus du gradin supérieur et qui se prolonge en décrivant un arc de cercle dans le plafond. Tous les objets qui se trouvent placés vis à vis des spectateurs sont merveilleusement éclairés sans que ces derniers soient le moins du monde incommodés.

Signalons enfin au rez-de-chaussée l'habitation de l'administration et la consultation qui ont chacune leur entrée particulière. A la consultation se trouve annexée une salle de bain.

Service obstétrical. — Il occupe tout le premier étage et comporte 32 lits. Les chambres sont toutes orientées vers le sud-ouest. Les accouchées y jouissent d'un cube d'air de m. 40.50³. Ces chambres ne communiquent pas entre elles. Leur plafond, leurs murailles, leur porte, sont peints à la couleur émail blanche; leur plancher consiste en un parquet huilé. Tous les angles sont arrondis, aucun ornement ne s'observe ni aux portes ni aux fenêtres. Les conduites d'eau et les fils électriques sont maintenus à trois doigts de la muraille afin d'éviter l'accumulation de poussières dans les encoignures. Des tubes en fer forment la charpente des lits dont

les ressorts portent des matelas recouverts d'un drap caoutchouté. Les berceaux sont de la même construction que les lits et, comme ces derniers, peints en blanc. Des plaques de marbre, soutenues dans des armatures en fer, constituent les tables de nuit. Une table métallique, quelques chaises, un fauteuil, une commode complètent l'ameublement de ces chambres d'accouchées. Tous ces meubles sont montés sur roulettes ce qui facilite beaucoup leur manèment. Le service possède également une couveuse à température constante.

Il existe deux salles d'accouchement dont la plus grande contient quatre lits identiques à ceux des chambres d'accouchées. Le sol est en terrazzo et les murailles sont revêtues de carreaux vitrifiés. Toutes les conduites ont été incluses dans l'épaisseur de ces dernières. Les deux lavabos, pourvus de cuvettes permettant l'immersion de tout l'avant-bras, donnent l'eau chaude et l'eau froide. L'arrivée de l'eau est commandée par un levier que l'on manie au moyen du coude. Les récipients à solutions antiseptiques, les boîtes à linges stérilisés, un porte-flacons, une table de verre, un pupitre mobile, deux chaises, un tableau noir complètent le mobilier de la salle d'accouchement. Une conduite peut y amener, comme à l'auditoire, un jet de vapeur à haute pression.

La petite salle de travail est identique à la précédente mais elle ne possède que deux lits. Entre ces deux salles se trouve aménagée une *salle de bain* contenant une baignoire pour adultes, quatre petites baignoires pour nouveau-nés et une balance. De l'autre côté de la grande salle de travail existe une *salle de préparation* qui renferme une armoire à instruments et à médicaments, une table d'opération, une armoire à linge, etc. On y trouve également de grandes boîtes métalliques dans lesquelles on a rangé, suivant un ordre déterminé, tous les linges dont le besoin peut se faire sentir

au cours d'un accouchement. Ces boîtes sont envoyées stérilisées et plombées de l'étuve à désinfection.

Le premier étage de la clinique comporte en outre les chambres de l'assistant et des sages-femmes; une salle d'étude pour les étudiants qui attendent un accouchement et un réfectoire commun pour le personnel.

Enfin, dans l'aile ouest du premier étage est installé un petit *service d'isolement* pour les accouchées sérieusement fébricitantes. Il comprend six lits d'accouchées, deux chambres de gardes-malades, une cuisine, une salle de bain, une salle de travail et des water-closet.

Service gynécologique. — Ce service occupe tout le deuxième étage. Il comporte 36 lits répartis dans des chambres identiques à celles du service obstétrical. La *salle d'opération* est aménagée suivant les mêmes principes que la salle d'accouchement. Tout son mobilier, monté sur roulettes, n'y est amené qu'au moment de l'opération. Dans l'intervalle il se trouve remisé dans la salle de préparation. L'éclairage est surtout assuré pendant le jour par une large baie vitrée latéro-supérieure semblable à celle de l'auditoire clinique. Comme ce dernier et la salle de travail, la salle d'opération peut être désinfectée par la vapeur d'eau à haute pression. Ce service possède également pour les affections contagieuses une *station d'isolement* qui comprend 6 lits de malades, la chambre de l'assistant spécial et une petite salle d'opération. Au grenier sont aménagées des chambres pour les femmes enceintes, les élèves sages-femmes, les gardes-malades, etc. Dans le sous-sol signalons, outre l'étuve à désinfection, une chambre noire pour la photographie, une écurie pour animaux de laboratoire, etc. Les étages sont rattachés entre eux et au rez-de-chaussée par deux escaliers et deux ascen-

seurs. Les différents locaux de la clinique se trouvent reliés par le téléphone et des porte-voix.

Les cliniques de femmes de *Zurich, Berne et Munich* ne méritent pas de mention spéciale pour la raison qu'elles sont déjà anciennes et qu'elles ne répondent peut-être plus aux nécessités de l'heure présente. L'enseignement y est néanmoins fort bien organisé. A Munich, par exemple, il est assuré par le professeur ordinaire, directeur de la clinique, un professeur extraordinaire et deux privat-docenten. J'ai eu la bonne fortune d'entendre quelques-unes des très intéressantes conférences scientifico-littéraires par lesquelles, chaque samedi, le professeur Winckel remplace la leçon clinique. L'éminent professeur y traite, avec une grande autorité, toute une série de questions se rapportant à la situation de la femme dans l'état actuel de la civilisation : natalité, mortalité, *struggle for life*, perturbations morales, etc.

Je ne puis m'empêcher de rapporter la façon dont est pratiquée l'antiseptie dans le service d'un privat-docent de gynécologie, M. Amann junior. L'expression « *peinliche antiseptis* » n'a rien d'exagéré ; elle exprime au contraire très nettement l'impression que cause à tout nouveau venu le spectacle de cette laborieuse désinfection. En voici un bref exposé. Les ongles étant taillés courts, les mains et les avant-bras sont brossés au savon et à l'eau chaude pendant une demi-heure, montre en main. Au cours de cette opération, qui se pratique avec des brosses stérilisées à l'étuve sèche, les espaces sous-unguéaux ainsi que les lits des ongles sont soigneusement curés au moyen d'une lame métallique à tranchant émoussé. De temps à autre un rinçage copieux

enlève la mousse de savon. Les trente minutes révolues on procède à un lavage au *lysol* à 2 ‰ pendant trois minutes, puis à l'*alcool* à 90° pendant deux minutes et enfin au *sublimé* à 1 ‰ pendant deux minutes. A chaque solution est attachée une brosse spéciale. Au moyen d'un tampon d'ouate stérilisée, tenu dans les mors d'une pince et trempé dans de la teinture d'iode, on badigeonne enfin soigneusement les lits des ongles et les espaces sous unguéaux. La désinfection de la peau de l'abdomen avant la laparatomie, ou de la muqueuse du vagin avant les interventions par cette voie, se fait suivant le même plan, le brossage étant naturellement diminué tant comme énergie que comme durée.

Clinique des femmes de Berlin

L'Université de Berlin possède deux cliniques de femmes : l'une faisant partie de l'immense hôpital de la Charité ; l'autre constituant une installation tout-à-fait isolée. Cette dernière seule, de construction moderne, nous occupera. Elle consiste en un édifice à deux étages dont la façade correspond à une rue assez fréquentée du centre de Berlin (Artilieriestrasse). Au *rez-de-chaussée* on trouve les appartements du professeur, la consultation externe, le grand auditoire clinique et le service obstétrical.

La *consultation* comporte une salle d'attente et une grande salle d'examen subdivisée par des paravents en toute une série de loges qui contiennent chacune une chaise à speculum. Cette disposition permet l'examen simultané d'une demi-douzaine de clientes.

Les *salles d'accouchement* au nombre de deux n'offrent rien de spécial. Il en est de même des dortoirs d'accouchées. La désinfection des mains comprend simplement un brossage

au savon, puis au sublimé. Avant qu'il ne pénètre dans les voies génitales, le doigt explorateur est enduit de savon fluide de potasse, corps lubrifiant et par lui-même, parfaitement aseptique.

Le premier étage loge le service gynécologique dont la salle d'opération ne présente rien de particulier. *Au deuxième étage* se trouvent les logements d'assistants, la bibliothèque et un petit auditoire à disposition amphithéâtre, dont l'hémicycle sert de salle d'opération pour les interventions vaginales.

La particularité la plus intéressante de cette clinique est certainement de posséder pour elle-même, un véritable institut d'anatomo-pathologie. Bâtiment à deux étages, ce dernier se dresse en arrière de la clinique. Au rez-de-chaussée, une grande salle d'autopsie; au premier étage, un musée d'anatomie pathologique et un petit laboratoire de bactériologie; au deuxième, les laboratoires d'anatomo-pathologie; telle est dans ses grandes lignes la disposition de l'institut.

Ses avantages sont incomparables. Ils répondent aux exigences actuelles de l'humanité et de la science parce que tout en assurant aux malades des soins plus éclairés, ils facilitent l'étude approfondie des cas qui se présentent. Car si les autopsies pratiquées quelques heures après la mort vont fournir au savant un matériel de recherche infiniment précieux, l'examen systématique au microscope permettra de déceler, dans leurs manifestations tout initiales, les affections malignes et d'en instituer, en temps voulu, le traitement rationnel. A la clinique et à la polyclinique de Berlin, tous les utérus dont l'altération pathologique n'offre pas des caractères indiscutables de bénignité sont soumis à l'exploration microscopique. A cet effet, les produits de curetage

ou d'excision cervicale sont envoyés à l'institut d'anatomie pathologique.

Vingt-quatre heures après, le résultat de l'analyse histologique est transmis au chef du service clinique ou policlinique. Il ne subsiste de doute pour personne que le gynécologue le plus exercé se trouve parfois impuissant à poser un diagnostic précis. Combien d'érosions cervicales ne rencontre-t-on pas qui simulent parfaitement l'ulcération carcinomateuse et vice-versa? Que d'affections endométritiques ne voit-on pas s'accompagner d'un complexus symptomatique si vague qu'on se trouve dans l'impossibilité de conclure au caractère malin ou bénin de la maladie! Dans la plupart de ces cas le microscope intervient en maître et crée une certitude absolue. La puissance de ce moyen de diagnostic augmente d'ailleurs chaque jour et non seulement à cause des perfectionnements de l'optique, mais surtout en raison de l'habileté de plus en plus grande qu'acquièrent, dans son maniement, ceux qui en font un usage presque quotidien. Je ne m'étendrai pas sur les mérites du microscope, comme adjuvant de l'exploration clinique en gynécologie, renvoyant à ce sujet aux traités spéciaux d'*Abel*, *Amann junior*, *Winter* et *Ruge*, etc.

Il est aisé de se rendre compte, d'après ce qui précède, de l'esprit véritablement scientifique qui a présidé à l'érection de l'institut d'anatomie pathologique de la clinique de Berlin. Le musée qui s'y trouve établi comprend une riche collection de pièces, se rapportant à la pathologie des voies génitales de la femme. On peut y admirer, en outre, une superbe série de malformations fœtales. Tout ce matériel sert à l'enseignement quotidien et, de plus, fait l'objet, chaque semestre, de deux démonstrations générales de grosse et de fine anatomie.

La clinique dont nous venons d'esquisser les grandes

lignes est dirigée par un professeur ordinaire (Geheimrath Olshausen) sous les ordres de qui se trouvent placés un privat-docent (Oberartz), cinq assistants en titre et trois médecins volontaires.

Clinique gynécologique du docteur Pozzi

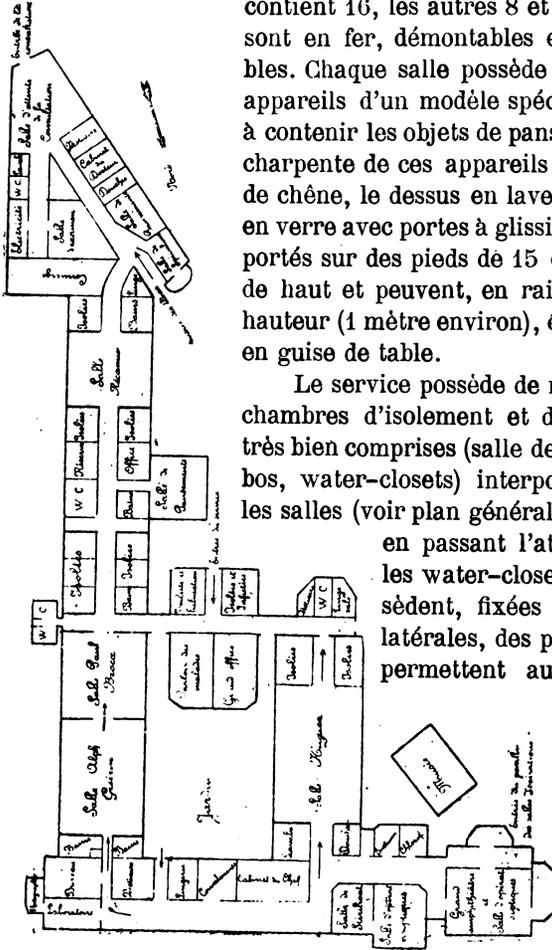
La clinique gynécologique de l'hôpital Broca à Paris peut aisément rivaliser avec les cliniques des femmes les mieux installées. A certains points de vue, elle est même nettement supérieure à la plupart d'entre elles. C'est ainsi, par exemple, que le principe de la construction des hôpitaux sans étage, dont le service du docteur Pozzi est une application, répond mieux à la conception moderne des bâtiments hospitaliers. Je me propose de décrire très rapidement cette clinique en n'insistant que sur ce qu'elle présente de vraiment original. Ce service comprend 3 parties bien distinctes (voir plan) : la consultation, les salles de malades et les salles d'opération.

La consultation, à l'extrémité sud des bâtiments, comprend une grande salle d'attente; à droite de celle-ci, des water-closets et un lavabo; à gauche, le bureau d'inscription des malades. Viennent ensuite, donnant sur un corridor, le vestiaire, le cabinet du médecin consultant, une salle de propreté (baignoire, douche, bain de pieds, etc.), une salle de pansement et une salle de spéculum.

La consultation se fait tous les matins. Chaque visiteuse reçoit une fiche mentionnant ses nom, âge et adresse. L'interrogatoire détaillé est entrepris par un élève, suivant un questionnaire imprimé. Les renseignements obtenus sont consignés dans un registre numéroté. L'élève fait ensuite l'examen, le médecin en vérifie le résultat, formule le diagnostic et établit le traitement.

Les salles de malades, au nombre de quatre, ne contiennent chacune qu'un nombre restreint de lits. La plus riche en contient 16, les autres 8 et 12. Ces lits sont en fer, démontables et stérilisables. Chaque salle possède un ou deux appareils d'un modèle spécial destinés à contenir les objets de pansements. La charpente de ces appareils est en bois de chêne, le dessus en lave, les parois en verre avec portes à glissière. Ils sont portés sur des pieds de 15 centimètres de haut et peuvent, en raison de leur hauteur (1 mètre environ), être utilisés en guise de table.

Le service possède de nombreuses chambres d'isolement et des annexes très bien comprises (salle de bain, lavabos, water-closets) interposées entre les salles (voir plan général). Appelons en passant l'attention sur les water-closets qui possèdent, fixées aux parois latérales, des poignées qui permettent aux malades



Plan général du service
de
M. le professeur Pozzi

affaiblies de se relever; une sonnerie électrique assurant un appel immédiat en cas d'urgence, enfin une chasse d'eau automatique. Près de la salle Récamier (v. plan) se trouvent une grande salle de pansement à deux lits et une petite salle qui renferme une baignoire à eau courante chauffée.

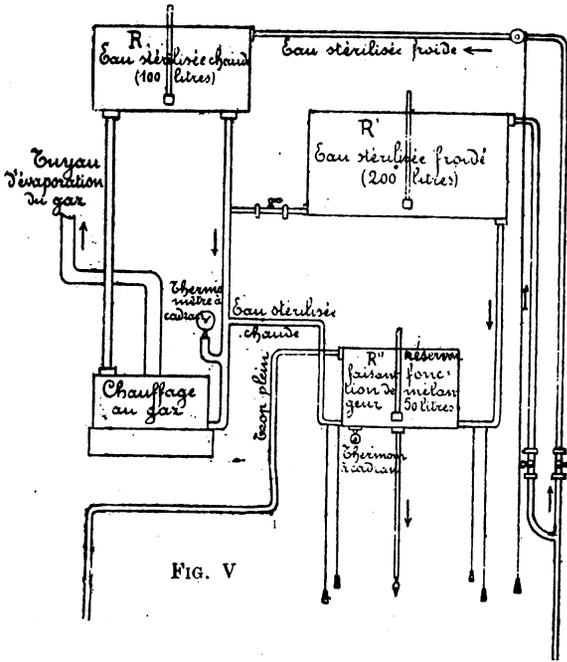


FIG. V

L'utilité de cette baignoire, fort bien comprise d'ailleurs, me paraît inférieure dans un service de gynécologie, à celle de la douche vaginale installée dans une petite chambre attenante à la salle Huguier. La figure ci-jointe montre l'ensemble du dispositif. Les deux réservoirs R et R' ayant été

remplis d'eau stérilisée et l'eau de l'un d'eux étant portée à la température de 100°, on fait arriver dans le réservoir R'' faisant fonction de mélangeur, 25 litres d'eau chaude et 25 litres d'eau froide, l'eau obtenue se trouve à la température de 50°. Il est facile, grâce à un thermomètre à cadran, de donner au mélange la température que l'on désire en faisant

varier les quantités de ses deux composantes. Pour recevoir la douche, la malade est couchée sur un lit spéculum. Signalons enfin un parloir ou salle de réunion des malades renfermant une bibliothèque à l'usage de ces dernières.

Avant de terminer ce paragraphe, qu'il me soit permis de rendre hommage à la belle et généreuse initiative qu'a eue M. Pozzi en ornant de peintures les murailles des couloirs et des salles de malades de sa clinique. Grâce au concours désintéressé de grands peintres parisiens, rien ne ressemble moins à un temple de souffrance et de misère physique que ce service alliant aux impérieuses exigences de l'hygiène moderne, le réconfort d'un cadre attrayant et artistique.

Les *salles d'opération* sont au nombre de deux : la salle des opérations aseptiques et celle des opérations septiques qui n'est autre que l'hémicycle du grand amphithéâtre. A la première sont annexées (voir le plan) :

1° Une salle d'instruments ;

2° Une salle d'anesthésie séparée du service par une porte capitonnée et communiquant largement avec l'extérieur, afin de faciliter le traitement de la syncope par l'exposition à l'air frais ;

3° Une salle de stérilisation qui renferme, entre autres appareils, une grande étuve à stérilisation à compartiments multiples construite sur les indications de MM. Pozzi et Jayle. La salle des opérations aseptiques elle-même ne contient pour tous appareils, que deux radiateurs et deux lavabos. Ses parois sont revêtues d'opaline jusqu'à 2^m25 de hauteur. A gauche, en entrant dans la salle, se trouvent établies deux tribunes où on arrive directement de l'extérieur et d'où l'on peut, sans gêner ni être gêné suivre tous les détails d'une opération. L'éclairage naturel est assuré par une baie vitrée latéro-supérieure qui prend du milieu du plafond et descend jusqu'à 80 centimètres du sol. Un éclairage électrique, très bien combiné, permet d'opérer la nuit dans de bonnes conditions. Le grand amphithéâtre possède six gradins semi-circulaires en ciment, coupés en deux par un escalier médian. Les sièges sont de simples tabourets à pied métallique enchâssé dans le ciment. Le gradin

inférieur est séparé de l'hémicycle dans le milieu par une vitrine semi-circulaire et latéralement par deux rampes en fer. Au niveau du gradin supérieur se trouve disposée une rampe d'eau dont l'ouverture projette un flot d'eau qui descend de gradin en gradin, passe sous la vitrine de l'hémicycle et aboutit dans ce dernier à un tuyau d'évacuation. Le nettoyage des murailles et du plafond s'exécute au moyen du jet d'une lance à la main. L'éclairage du grand amphithéâtre est identique à celui de la salle des opérations aseptiques.

L'hémicycle qui contient les différents appareils indispensables aux opérations, est surmonté d'un balcon métallique jeté à 2^m80 de hauteur, duquel les spectateurs suivent les opérations à travers une marquise en verre qui empêche la chute de particules quelconques sur la table d'opération.

L'eau employée dans les salles d'opération est stérilisée dans un appareil de Rouart, Geneste et Herscher placé dans le sous-sol du grand amphithéâtre. L'eau stérilisée s'accumule dans deux réservoirs de 1,000 litres chacun. De là, un système de tuyaux en amène directement aux lavabos une partie qui représente l'eau froide, le restant arrive aux robinets après s'être réchauffé en passant à travers le serpentín d'un réchauffeur à température constante (70°).

Les lavabos sont munis de cuvettes à renversement et de pédales qui commandent le débit de l'eau chaude et froide (robinets de Flicoteaux). Au-dessus de chaque lavabo, posée sur de simples crochets enfoncés dans le mur, on remarque une gouttière métallique que traverse un courant continu d'eau stérilisée. C'est dans cette gouttière que sont conservées les brosses.

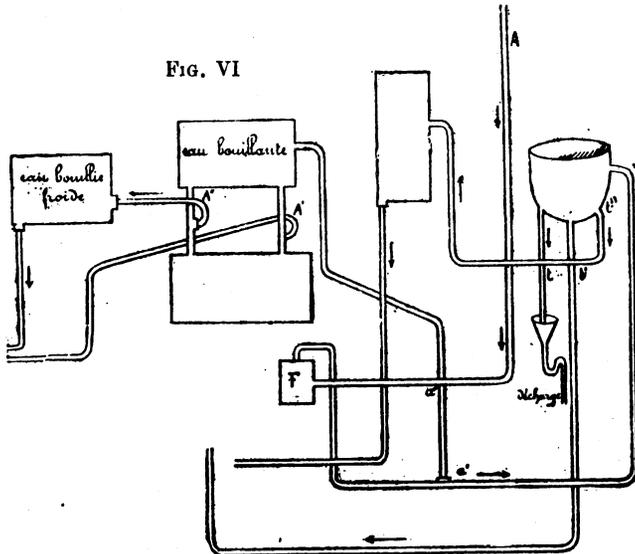
Clinique d'accouchement Tarnier

Elle comporte un bâtiment formé de deux ailes qui se réunissent suivant un angle droit regardant le sud-ouest.

L'aile la plus importante est celle qui se trouve dans la direction du nord au sud. La caractéristique de cette clinique est que l'espace y est largement mesuré : cage d'escalier, couloirs, dortoirs d'accouchées, etc., tout est vaste et d'un éclairage parfait.

Au rez-de-chaussée sont installés : l'administration, le vestiaire, le musée et cinq grandes salles qui se retrouvent au 1^{er} étage dans la même situation. Deux de ces salles (10 lits chacune) servent de dortoir pour les femmes enceintes, une troisième de dortoir pour les nourrices, la 4^e de réfectoire et la 5^e est la salle de consultation, flanquée d'une salle d'attente.

Le 1^{er} étage est la partie essentielle du service. C'est là que se trouvent la salle d'accouchement, la salle d'opération, les dortoirs d'accouchées et l'auditoire. *Dans la salle d'accouchement* dont il nous paraît superflu de donner une description détaillée on remarque, entre autres particularités, une armoire en fer logée dans la muraille qui sert à chauffer les linges qui doivent servir au cours des accouchements. Le *lavabo* donne, par 2 tuyaux terminés en pomme d'arrosoir, à volonté, l'eau filtrée chaude et froide. Les robinets à pédales qui commandent le débit de l'eau sont exposés à l'air, au voisinage du pied qui supporte les cuvettes. Celles-ci, tout à fait indépendantes de la muraille, sont portées par un pied creux qui contient le siphon et les fixe directement au sol. Deux autres robinets donnent encore de l'eau bouillie froide et chaude. Le dispositif qui permet aux robinets de fournir, les uns, l'eau bouillie, les autres, l'eau filtrée est représenté par le schéma ci-joint :



L'eau de la ville arrive dans le système en A et traverse tout d'abord le filtre F. Au sortir de ce dernier, elle se partage entre deux conduites a' et a". Par a', elle arrive dans un réservoir R, duquel partent 3 tuyaux: l'un de décharge t, le deuxième t' qui conduit l'eau filtrée froide au robinet d'eau froide du lavabo; le troisième t" qui amène l'eau à un réchauffeur à gaz R qu'elle traverse avant de rendre au robinet d'eau chaude du lavabo.

Par a", l'eau filtrée se rend à un réservoir B en relation avec un serpentin S chauffé par une couronne de becs de gaz. Elle est soumise à une ébullition plus ou moins prolongée. De là, elle peut aller, par un premier robinet A' au robinet d'eau bouillie chaude ou par le robinet A" dans un réservoir d'où elle se rend au robinet d'eau bouillie froide.

La *salle d'opération* est destinée à épargner aux femmes en travail la vue d'une opération obstétricale exécutée sur

l'une de leurs compagnes. L'aménagement de cette salle est des mieux compris. Nous ne ferons qu'y signaler une barrière métallique qui contient les spectateurs en dehors de l'espace que réclame l'évolution de l'opérateur et de ses aides.

Les *salles d'accouchées* au nombre de 6 contiennent chacune 10 lits. Leurs dimensions sont vraiment remarquables (hauteur 6^m50; largeur 8 mètres, longueur 11^m50). Leur aménagement n'offre rien de spécial.

Le *premier étage* renferme encore l'auditoire, le laboratoire d'histologie et de bactériologie, le bureau du professeur, les logements d'une partie du personnel.

Au *deuxième étage* se trouvent surtout des dortoirs de femmes enceintes et de plus un laboratoire de chimie.

La laiterie, la pharmacie et la salle d'autopsie sont reléguées au *sous-sol*.

Le professeur, M. Budin, dirige la clinique. Il a sous ses ordres un chef de clinique, une maîtresse sage-femme et toute une série de moniteurs. Un fonctionnaire de l'assistance publique est préposé à l'administration de l'établissement.

CHAPITRE II

Desiderata d'une clinique de femmes à l'époque actuelle

L'installation d'une clinique d'accouchement et de gynécologie doit répondre à un double but humanitaire et scientifique. Pour réaliser la première de ces obligations il faudra qu'elle assure aux femmes un maximum de bien-être et de soins efficaces, pendant et après l'accouchement; qu'elle permette en outre d'instituer le traitement rationnel, opéra-

toire ou non, des affections génitales de la femme. La clinique remplira le second de ses devoirs si elle facilite l'étude théorique et pratique de l'art des accouchements et de la gynécologie tout en fournissant, par la création de laboratoires, au professeur et à son état-major d'assistants, d'internes et d'externes, le moyen de travailler utilement à l'œuvre de conquête scientifique.

Dans les lignes qui vont suivre, je m'efforcerai de préciser les dispositions qui répondront dans la mesure la plus complète à ces exigences. Le premier principe à observer est celui qu'exprime si parfaitement l'aphorisme arabe. « Où le soleil entre, la maladie n'entre pas. » A ce point de vue, il n'est pas discutable qu'il faille accorder la préférence aux bâtiments à un seul étage et au système des pavillons séparés. C'est, en outre, avec ce dernier seul qu'il sera possible d'isoler véritablement les malades de catégories différentes. Malheureusement il y aura souvent incompatibilité entre la place énorme qu'exige un système de ce genre et la nécessité qui s'impose à une clinique des femmes de n'être pas trop éloignée du centre de la ville. Cette considération détermine dans beaucoup de cas le sacrifice du système des pavillons séparés. D'ailleurs, dans les cliniques où le nombre d'accouchements n'est pas trop élevé, il n'est pas impossible d'obvier pour une grande part aux inconvénients de la concentration. C'est dans ce but qu'on privera le bâtiment d'ailes et de cour; qu'on lui donnera peu de profondeur, tout en attribuant une élévation maximum aux étages. On veillera enfin à reléguer les offices, lavoirs, etc., dans une annexe et à orienter l'édifice de façon à tirer le meilleur profit de l'action bienfaisante des rayons du soleil.

Il est aisé de concevoir la distribution d'une clinique de femmes d'après le système des pavillons séparés. A l'entrée

s'élèvera un bâtiment qui comprendra l'administration, les appartements du directeur, la cuisine, etc. Viendra ensuite une large allée que borderont, à droite, les différents pavillons d'obstétrique, et à gauche ceux de gynécologie. Chaque pavillon d'obstétrique possédera une salle d'accouchement propre. Tous ceux de gynécologie seront reliés, par une galerie couverte, à un pavillon principal abritant la salle d'opération et l'auditoire clinique. Le pavillon des infectieuses sera muni d'une salle d'opération propre.

La tâche est plus ardue quand il s'agit d'installer dans un seul bâtiment les diverses parties d'une clinique de femmes. Le mieux me paraît résider dans la disposition, adoptée à Bonn et à Bâle, qui consiste, ainsi qu'on se le rappelle, à loger au rez-de-chaussée les bureaux, la polyclinique, les laboratoires, les auditoires théorique et clinique, les appartements du professeur, etc..., au premier étage, le service obstétrical et au deuxième le service gynécologique.

Tout en faisant abstraction du système adopté, nous allons passer en revue les éléments essentiels dont doit être composée une clinique de femmes.

La *polyclinique*, où seront traitées les malades du dehors, comprendra une *salle d'attente* flanquée d'un water-closet et d'une chambre de propreté munie d'une baignoire, d'une douche, et d'un lavabo. L'examen des malades aura lieu dans une ou deux salles de spéculum à un ou deux lits. Dans ce dernier cas les deux lits devront être séparés l'un de l'autre par un paravent. La polyclinique possédera encore une pièce destinée soit à l'application de traitements spéciaux comme l'électrothérapie et la mécano-thérapie, soit à la narcose de patientes qui doivent subir le curettage extemporané ou être simplement l'objet d'une exploration approfondie.

Les instruments d'examen seront de préférence, après

chaque malade, soumis à une ébullition de quelques minutes dans un récipient *ad hoc* rempli d'une solution de carbonate de soude à 3 %, puis replacés à portée de la main du médecin dans un bassin rempli d'une solution froide de borax.

L'ameublement des salles de la policlinique ramené à sa plus simple expression ne comportera que l'indispensable. Il faudra cependant veiller à ne pas donner à la consultation un aspect trop rébarbatif.

Laboratoires. — Il est certain que c'est la disposition réalisée à Berlin, à la clinique du professeur Olshausen qui réunit le plus d'avantages. Dans beaucoup de cas, des raisons d'économie ou de réglementation, quant au service des autopsies, s'opposeront à l'érection d'un véritable institut d'anatomie pathologique. L'on devra se contenter d'un ou de deux laboratoires installés, non seulement en vue des examens cliniques journaliers (secrétions, urines, produits d'excision ou de curetage) mais aussi en prévision de recherches scientifiques dans le domaine de la bactériologie et de l'anatomie pathologique. Il faudra songer aussi à l'aménagement d'un petit laboratoire de photographie.

Auditoires. — L'obstétrique est assurément l'une des branches de la médecine dont l'enseignement offre le plus d'importance. Chose remarquable, cette vérité qui nous apparaît avec tant d'évidence, a mis un temps énorme à s'imposer. Et cependant quelle autre spécialité de notre art exige du médecin une mise en demeure aussi immédiate ? Appelé le plus souvent dans les cas dont les accoucheuses n'ont pas su se tirer, le praticien se trouve placé, à brûle-pourpoint, dans l'impérieuse nécessité d'agir. Or, pour la plupart de ces interventions, il existe un instant précis qu'il ne faut ni devancer, ni laisser échapper. C'est pourquoi, ici plus

que partout ailleurs, les connaissances doivent consister en données claires, bien assimilées par l'esprit.

On conçoit dès lors, le rôle considérable que joue en obstétrique l'éducation pratique. Mais on trahirait le bon sens si on affirmait que cette dernière suffit. La pratique, en effet, est impuissante à imprimer à l'esprit des jeunes médecins l'orientation scientifique indispensable pour qu'ils soient à même d'étendre leurs connaissances et d'en acquérir de nouvelles alors qu'ils auront abandonné les bancs de l'université. C'est à l'enseignement théorique de remplir cette tâche. Le succès de ce dernier sera assuré par le mélange habile de digressions théoriques et de démonstrations objectives faites au moyen de malades, de pièces anatomiques, de moulages, de planches, etc. Toute clinique de femmes devra donc posséder un auditoire théorique et surtout un auditoire clinique. Le premier, disposé en gradins pourra servir en même temps à l'enseignement pratique des manœuvres d'accouchement. Le deuxième où seront présentées les malades et où pourront être exécutées de petites opérations obstétricales ou gynécologiques d'usage courant, réclamera pour les auditeurs une série de gradins disposés en amphithéâtre dont le plus inférieur communiquera par une porte, avec un hémicycle à sol imperméable (mosaïque polie ou terrazo) muni d'un lavabo. Les parois de l'auditoire, les gradins, sièges et balustrades ne présenteront que des surfaces lisses et seront constitués par des matériaux (fer, verre, pierre) susceptibles de supporter sans possibilité d'altération le fort jet d'eau d'une lance à main. L'éclairage fera l'objet de soins spéciaux. On le réalisera dans les meilleures conditions par l'établissement d'une grande baie vitrée, de largeur proportionnée aux dimensions de la salle ; commençant au-dessus du gradin supérieur et s'élevant

jusqu'au plafond pour se prolonger à une certaine distance dans ce dernier. Cette disposition offre le grand avantage d'épargner au spectateur toute impression pénible d'éblouissement tout en donnant un éclairage parfait de l'hémicycle. (Bâle).

L'espace sur chaque gradin sera mesuré de façon à permettre une circulation facile sans dérangement des personnes assises. Enfin l'installation d'une rampe d'eau semblable à celle qui existe dans l'auditoire du professeur Pozzi à l'hôpital Broca, facilitera beaucoup le nettoyage des gradins.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera traitée avec sollicitude car elle constitue une condition essentielle de la production scientifique de la clinique.

Service obstétrical. — Son but est d'assurer aux femmes le maximum de garanties contre les maladies qui peuvent compliquer l'accouchement ou les suites de couches. Les découvertes de Pasteur qui mirent en lumière la cause de la plus fréquente de ces maladies nous donnèrent des armes pour la combattre.

En 1847 déjà, *Semmelweis* avait attribué la fièvre puerpérale à un principe infectieux introduit dans les voies génitales par les mains de l'opérateur. Il avait fait, en outre, l'observation infiniment précieuse, qu'on peut détruire ce principe par le lavage des mains dans certaines solutions. Les idées de *Semmelweis* furent repoussées et cet homme remarquable, qui avait en quelque sorte pressenti l'avenir, succomba, honni de tous, à un empoisonnement du sang.

La notion du microbe, imposée par *Pasteur* au monde médical avec tant de science et d'autorité, conquiert les esprits. Nous savons à présent que la terrible maladie qui décimait jadis les maternités est due à la pénétration et à la pullula-

tion dans les voies génitales d'être infiniment petits qui se rencontrent à la surface des objets, des linges usagés, dans la poussière des appartements, à l'état de suspension dans l'atmosphère même de ceux-ci et enfin, principalement, sur la peau des mains.

L'ennemi est donc connu, mais il faut vaincre d'énormes difficultés pour le combattre efficacement en obstétrique. L'accouchement est un acte de durée généralement longue : plusieurs heures au moins, quelquefois plusieurs jours. Pendant ce temps une foule de corps étrangers arrivent au contact des parties génitales de la parturiente. Dans les maternités qui servent à l'enseignement, on se trouve dans la nécessité d'autoriser les étudiants ou les élèves sages-femmes à intervenir pratiquement au cours de l'accouchement. Plus tard, quand ce dernier est consommé, le tractus génital présente une infinité de lésions qui constituent une large porte d'entrée à l'infection, pendant les premiers temps des suites de couches.

Il faut donc qu'un service d'accouchement se prête à une lutte acharnée contre les microbes. Dans cette lutte, l'arme la plus active est la propreté scrupuleuse. Voyons comment nous disposerons dans ce but la salle de travail et les chambres d'accouchées.

Salle de travail. — L'idéal, selon l'image du professeur Bümm consisterait à fondre dans un moule gigantesque la salle de travail en une matière imperméable et susceptible d'être polie. Pour nous rapprocher, dans la mesure du possible, de cette perfection nous donnerons à la salle d'accouchement un sol en terrazzo ou en mosaïque polie qui se continuera suivant une ligne courbe dans des murailles revêtues de carreaux de faïence émaillée. Celles-ci se pour-

suivront en angle arrondi dans un plafond peint à la couleur émail blanche.

Tout genre d'ornement sera banni. Les fenêtres occuperont le plan des parois latérales et seront réduites à la plus grande simplicité. Le mobilier se ramènera au strict nécessaire. Les lits, de construction peu complexe, munis de matelas à revêtement caoutchouté seront pourvus d'un dispositif qui permettra, en cas de nécessité, de les employer comme lits d'opération (v. les lits de Fritsch page 13). Àuprès de chacun d'eux se placera une table de nuit à plateau de verre et à charpente métallique. Un pupitre et une grande table, de construction identique à celle des tables de nuit, compléteront l'ameublement. Le tout sera monté sur roulettes de façon à ce que l'évacuation de la salle s'accomplisse sans difficulté. Plusieurs personnes devront pouvoir utiliser simultanément le lavabo dont le système le plus pratique consiste en grandes cuvettes ovalaires fixées isolément dans le sol (clinique Tarnier page 36). Les tuyaux qui amènent l'eau sortiront directement de la muraille. Il est assez intéressant de savoir si l'on remplacera les anciens robinets à la main par des robinets à pédales. Eh bien! à moins que l'appareil compliqué que représente tout robinet à pédale n'offre de sérieuses garanties de bon fonctionnement et qu'il ne soit en même temps possible de l'enfouir dans le sol ou dans la muraille, on pourra recourir sans inconvénients aux anciens robinets. Il suffira de munir le tuyau débitant l'eau d'un levier qui, au moyen du coude, permet d'interrompre l'écoulement dès que les mains sont lavées. Avant le début du nettoyage on peut sans danger toucher aux robinets. Le lavabo sera pourvu d'un porte-savon fixé directement à la muraille et, si les conditions s'y prêtent, d'une gouttière à

courant continu d'eau stérilisée pour la conservation des brosses (service de M. Pozzi page 36).

Quelle espèce d'eau chaude, froide débitera le lavabo ? Fournira-t-il de l'eau de ville, de l'eau filtrée, de l'eau bouillie ou de l'eau stérilisée sous pression ? Il est bien certain que la dernière seule répond véritablement aux exigences de la bactériologie moderne. La désinfection des mains est en effet une opération si difficile, que l'on ne doit négliger aucune mesure qui peut en favoriser l'accomplissement. Le système adopté dans le service de M. Pozzi (page 36) me paraît réaliser de bonnes conditions.

Les appareils de chauffage de la salle de travail ainsi que toute espèce de conduites seront logés dans les murailles et dans le sol. On assurera l'éclairage par quelques lampes électriques, les unes fixes, les autres mobiles. Enfin, il faudra qu'un dispositif quelconque permette d'amener dans la salle un jet de vapeur que l'on dirigera avec une lance à main sur les murailles, plafond, encoignures, robinets, etc., pour y détruire les germes qui pourraient s'y être déposés. De plus, cette vapeur d'eau, en se condensant, précipitera les poussières les plus ténues suspendues dans l'air.

Ainsi comprise la salle de travail exige des annexes. Une première contiendra une baignoire et une armoire à linge.

Chaque femme, avant de pénétrer dans la salle de travail, prendra un bain et se revêtira de linges stérilisés. Dans cette même pièce pourront être installées une série de petites baignoires pour les enfants nouveau-nés. La deuxième annexe contiendra l'autoclave, la vitrine à instruments, le stérilisateur à instruments, un porte-flacon, une armoire renfermant une série de boîtes métalliques, stérilisées à l'avance et plombées, dans lesquelles seront rangés les divers

objets de pansement nécessaires au cours d'un accouchement, la garde-robe, où seront conservées les blouses que doivent revêtir les médecins et les élèves avant de pénétrer dans la salle de travail, etc.

Il est bien évident que tout service d'obstétrique possédera ou bien deux salles d'accouchement, ou bien une salle d'opération en outre de la salle d'accouchement ordinaire. Il faut, en effet, se trouver en mesure d'épargner à une femme en travail, la vue d'une opération obstétricale exécutée sur une voisine. Cette disposition permettra, de plus, d'entreprendre alternativement le nettoyage exact de ces deux salles.

Les dortoirs d'accouchées s'inspirent, dans leur installation, des mêmes principes de propreté scrupuleuse. L'on s'efforcera, dans un but d'ordre et de tranquillité, de limiter autant que possible le nombre de patientes dans une même salle. Les angles, les coins, les rainures seront bannis. Les planchers (parquet ciré, mosaïque polie, terrazzo) et les murailles (couleur émail claire) devront supporter une désinfection énergique. Les fenêtres seront larges, regarderont vers le midi et répondront à une préoccupation minutieuse d'éviter les nids à poussières. Les meubles, montés sur roulettes, seront enduits de couleur blanche, résistante au lavage. On placera les lits à une certaine distance de la muraille. A chacun d'eux seront attachés une table de nuit et un berceau. Les tables de nuit consisteront simplement en plateaux de marbre, de verre, ou de porcelaine enchâssés dans des cadres d'une armature métallique. Au niveau de chacune d'elles, le bouton d'une sonnerie électrique assurera un appel immédiat en cas d'urgence. Quelques chaises, un fauteuil, une boîte à pansement roulante, une armoire compléteront l'ameublement.

Isolement. — Bien que les germes de l'infection puerpérale ne puissent se transmettre d'une malade à une autre qu'à la surface de corps solides et bien que cette affection soit devenue très rare aujourd'hui, le service d'accouchement devra posséder une station d'isolement. En l'absence de cette dernière, il est toujours à craindre qu'un cas malheureux ne contamine pour longtemps tout le service. L'isolement occupera de préférence un pavillon séparé. Enfin on devra ménager dans tout service d'obstétrique qui sert à l'enseignement, un nombre suffisant de logements pour les assistants et les élèves.

Service de gynécologie. — Les chambres des malades seront identiques à celles des accouchées et la salle d'opération érigée conformément aux principes que nous avons émis au sujet de la salle de travail. Elle sera unique. Dans beaucoup de cliniques de gynécologie il en existe deux : l'une dont l'aménagement est particulièrement soigné, sert d'une façon exclusive aux laparotomies, l'autre, que constitue le plus souvent l'hémicycle de l'auditoire clinique, est réservée aux opérations par le vagin et à d'autres interventions peu conséquentes. Il n'y a cependant qu'une manière de pratiquer l'aseptie; c'est de la rendre aussi rigoureuse que possible. On ne doit pas, sous prétexte qu'une opération est moins grave, se croire autorisé à ne prendre que des demi-mesures contre le danger d'infection.

Les cas septiques seront naturellement opérés à part dans la station d'isolement que possédera le service gynécologique. Je ne signalerai que la nécessité, pour ces salles d'opérations aseptiques et septiques, d'un bon éclairage naturel que réalisera pour le mieux la baie vitrée latéro-supérieure dont nous avons parlé à différentes reprises.

CHAPITRE III

Enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie en Allemagne et en France Policlinique obstétricale de Berlin

Ainsi que je le disais au commencement du chapitre I, l'obstétrique et la gynécologie relèvent en Allemagne du même enseignement. Ce dernier est fait, à la clinique de femmes, par un professeur ordinaire assisté d'un ou de plusieurs « privat docenten ». D'habitude le professeur donne le cours théorique d'obstétrique et de gynécologie et les leçons cliniques. Ces dernières ont l'importance des leçons cliniques de médecine et de chirurgie et comportent un nombre égal d'heures. Le professeur y présente pêle-mêle, des cas relevant des deux branches de son enseignement. Des étudiants, à tour de rôle, invités à descendre dans l'hémicycle, examinent les malades et discutent le diagnostic et le traitement sous la direction du maître.

L'enseignement de la pratique gynécologique courante est confiée, en thèse générale, à un « docent » qui dirige en même temps la policlinique. Dans les locaux de la policlinique, ce « docent » fait un cours d'exploration gynécologique et de thérapeutique appliquée. Ce cours comporte quelques leçons sur le diagnostic microscopique des affections gynécologiques. Le cours théorique et pratique des opérations obstétricales est confié soit au « docent » soit au premier assistant.

Quant à la pratique obstétricale proprement dite, les étudiants l'apprennent dans le service d'accouchement pendant la période qu'ils y passent à titre de « praktikant ».

Les étudiants inscrits à la clinique sont, à cet effet, divisés en séries dont chacune comprend un chiffre de membres variant avec l'abondance du matériel. Chaque série fait par semestre à la clinique un ou plusieurs séjours de durée variable (dix à quinze jours). Leurs membres assistent aux accouchements qui surviennent en clinique et en policlinique et chacun d'eux, à tour de rôle, en fait un, c'est-à-dire qu'il explore la parturiente, soutient le périnée, dirige la sortie de la tête, etc.

Les étudiants sont tenus de rédiger l'histoire des accouchements dans lesquels ils sont intervenus, d'en suivre et d'en relater les suites de couches. Il est absolument interdit aux élèves de pratiquer l'exploration interne des femmes en travail, en l'absence de l'assistant. Ce dernier doit veiller à l'exécution rigoureuse des principes de l'antisepsie qui sont exposés sous forme d'avis à la porte de la salle d'accouchement.

Le matin et le soir, les étudiants de service suivent la visite des accouchées. Le professeur ou, plus souvent, l'assistant leur fait au sujet des cas intéressants une série de petites conférences improvisées. Ces mêmes étudiants assistent enfin aux opérations gynécologiques qui ont lieu pendant leur séjour à la clinique.

J'ai dit que les élèves de service assistaient aux accouchements de la policlinique obstétricale. Le moment est venu d'exposer le fonctionnement de cette institution presque exclusivement allemande.

Je l'ai surtout étudié de près à Berlin à la clinique du professeur Olshausen. En voici l'esquisse. Quand en ville une sage-femme craint, pour une cause quelconque, de ne pouvoir se tirer seule d'un accouchement, d'une fausse-couche ou d'une délivrance, elle expédie à la clinique un bulletin par lequel elle réclame l'assistance médicale. Le bulletin, portant

l'indication du diagnostic de la sage-femme ainsi que le sentiment de cette dernière sur le plus ou moins d'urgence du cas, est remis à l'assistant spécial qui dirige la policlinique obstétricale. Ce dernier, à qui l'expérience permet de faire assez exactement la part de l'exagération habituelle des renseignements de sages-femmes et de leur zèle intéressé (car celles-ci touchent une prime pour chaque intervention qu'elles procurent au service) apprécie la gravité du cas. S'il ne semble pas y avoir péril en la demeure, il expédie sur les lieux un des étudiants de la série en exercice ; dans le cas contraire, il s'y rend en personne.

L'étudiant, envoyé seul, est muni d'une boîte à instruments qui contient le nécessaire pour mener à bien un accouchement normal ; soit : un pelvimètre externe, un cathéter, un thermomètre, une pince à cordon, une pince à tamponnement, un siphon en caoutchouc capable de transformer tout récipient en irrigateur, un stéthoscope fœtal, des brosses, du savon, un nettoie-ongles, du lysol, de la gaze stérilisée et enfin quelques cachets de quinine.

Arrivé auprès de la parturiente l'étudiant s'informe des anamnestiques, palpe, ausculte, percute, puis, tout en pratiquant une antiseptie aussi rigoureuse que possible dans des conditions qui donnent à son initiative l'occasion de se développer, il procède à l'exploration interne. L'examen terminé et consigné en notes brèves, l'étudiant renseigne par téléphone le chef de la policlinique. Lorsqu'il s'agit d'un avortement entièrement consommé ou bien d'un accouchement auquel tout permet de prévoir un cours normal, le chef de la policlinique confie le cas à l'étudiant et, se faisant tenir au courant des événements par téléphone, il le laisse aux prises avec une situation bien différente, quant à sa valeur éducative, de celles qu'il peut rencontrer à la clinique même

Si l'intervention opératoire s'impose (avortement incomplet, rupture périnéale, dystocie maternelle ou fœtale) le chef de la clinique arrive en personne à la rescousse, muni d'un jeu complet d'instruments obstétricaux. Aidé de l'étudiant et de la sage-femme il s'efforce d'improviser, dans un milieu souvent des moins propices, une installation qui permette de tenter l'intervention opératoire avec un minimum de danger pour la patiente.

L'opération terminée l'étudiant en rédige un compte-rendu. Dans la suite il complète son histoire après avoir suivi pas à pas les suites de couches qui lui sont confiées.

Il est aisé de concevoir quel bénéfice considérable retirent de cette policlinique, à la fois la population et les futurs médecins. Elle donne à ces derniers une idée des difficultés qu'ils rencontreront dans la pratique privée. Car, si les accouchements et leurs suites constituent des phénomènes physiologiques de la plus grande simplicité, quand ils se déroulent dans les maternités, les choses sont toutes différentes dans la clientèle et particulièrement chez les pauvres où l'on se heurte à des obstacles qui rendent purement illusoires les bienfaits de l'antisepsie. La mortalité et la morbidité dans les cliniques de femmes ont subi, au cours de ce siècle, une diminution énorme. On a le droit d'en être fier, mais il ne faut pas se dissimuler qu'en ce qui concerne la pratique privée, les progrès ont été très peu marqués. L'un des facteurs de cette situation est, sans contredit, l'ignorance dans laquelle vivent beaucoup de médecins et la plupart des sages-femmes des moyens pratiques de réaliser, à peu de frais, une antisepsie suffisante. C'est pourquoi la policlinique comme méthode d'éducation est d'une valeur incomparable. Le secret de son efficacité réside également dans la part de responsabilité qu'y supporte le jeune médecin. Nous savons

tous avec quel zèle ce dernier s'applique à un cas lorsqu'il se sent livré à lui-même. A combien de travail, de réflexions et d'inquiétudes salutaires ne nous ont pas incités les premiers accouchements dont nous eûmes la responsabilité ?

Un dernier avantage de la policlinique c'est d'apprendre aux étudiants à surveiller les suites de couches, à en reconnaître et à en traiter les anomalies.

Malheureusement la fondation d'une semblable policlinique n'est pas sans entraîner une dépense assez considérable car elle exige, en outre d'un assistant spécial, un budget qui permette d'allouer des gratifications aux sages-femmes, de parer aux frais de voitures, etc.

Au cours de ce chapitre j'ai fréquemment parlé du « privat docent ». L'instant me paraît venu de mettre en lumière le rôle de ce membre du corps enseignant qui fait défaut dans nos universités belges. Le « privat docent » est un ancien assistant qui, par des travaux de valeur, s'est fait recevoir dans le sein du corps professoral. C'est parmi les « docenten » que se recrutent les professeurs. Ils ne perçoivent pas d'émoluments mais jouissent de la liberté de faire des cours qui leur sont directement payés par les auditeurs. Ces cours, n'ayant rien d'obligatoire, ne sont fréquentés que s'ils possèdent une valeur réelle, car, en Allemagne les étudiants reçoivent une éducation qui les rend aptes à apprécier l'importance d'un enseignement. A ce point de vue les mœurs universitaires d'Outre-Rhin sont bien différentes des nôtres. Tandis que dans l'immense majorité des cas, nous parcourons le cycle complet de nos études à l'Alma-Mater de notre choix, l'étudiant allemand fréquente rarement plus de deux semestres la même université. Il vit, par rapport aux professeurs, dans un état de complète indépendance puisqu'il a le droit de choisir telle université qui lui

convient pour passer ses examens. Cette situation fait que les jeunes gens vont, sans entrave, aux maîtres dont la réputation les attire. Le nombre d'élèves de ces derniers, dont dépend pour une part sensible l'importance de leurs émoluments, se trouve ainsi subordonné au talent avec lequel ils font leur enseignement. De là ce premier résultat qu'il existe en Allemagne une certaine concurrence entre les professeurs des différentes universités. Mais il y a mieux, car dans une même université l'activité des professeurs est tenue en haleine par la présence des « Docenten ». Lorsque les leçons de ceux-ci sont jugées supérieures à celles du professeur titulaire, les étudiants n'hésitent pas à abandonner ce dernier. Il est aisé de comprendre que pour s'épargner cette blessure d'amour-propre compliquée d'une lésion d'intérêt, le professeur fasse tous ses efforts pour maintenir son enseignement à la hauteur du progrès et des idées nouvelles. N'est-il pas légitime de croire que la présence de ces « docenten » entretient dans le corps professoral la plus utile des émulations ? Il ne serait pas logique de prétendre que l'esprit de concurrence qui constitue la loi du progrès commercial et industriel, puisse être considéré comme étranger au progrès scientifique.

En France, l'enseignement de l'obstétrique comporte essentiellement un stage que les étudiants sont tenus de faire à l'un quelconque des services d'accouchement. La durée minimum de ce stage, qui n'était autrefois que d'un mois, vient d'être fixée à trois mois. Pendant cette période, ils ne peuvent guère s'occuper que d'obstétrique car ce stage leur prend un temps considérable. Chaque matin les stagiaires accompagnent la visite des accouchées que conduit le professeur ou son chef de clinique. Cette visite prend la majeure partie de la matinée. Le soir un cours théorique auquel tous

les stagiaires doivent assister est fait par un agrégé. Ce cours, dont la durée correspond à celle du stage, comporte un résumé succinct des principaux chapitres de l'obstétrique. Les opérations obstétricales en constituent les dernières leçons; après quoi les étudiants font des exercices sur le mannequin.

Pour les travaux pratiques, les stagiaires sont divisés en groupes qui prennent la garde à tour de rôle pendant 24 heures. Les stagiaires du groupe en exercice se partagent les accouchements qu'ils conduisent, pour autant qu'il s'agisse de cas normaux, sous la surveillance d'un moniteur (assistant volontaire). Le stagiaire doit rédiger une histoire détaillée de l'accouchement dont il s'est le plus spécialement occupé. Dans l'après-midi, les étudiants « de garde » prennent part à la consultation des femmes enceintes, qui constitue pour eux une école de palper.

Le professeur fait d'habitude deux leçons par semaine. Dans l'une d'elles, véritablement théorique, il développe certains points de son enseignement, dans l'autre, il discute avec les élèves, les accouchements dont ceux-ci ont rédigé l'histoire.

Consultations de nourrissons

En 1892, M. le professeur Budin fondait à la clinique obstétricale de l'hôpital de la Charité, la première consultation de nourrissons. En 1895, prenant la direction de la maternité, M. Budin y installait une clinique de ce genre, la première étant continuée par son successeur à la Charité. Enfin en 1898, appelé en remplacement du professeur Tarnier, il organisait à la clinique qui porte le nom de ce maître illustre, une troisième consultation de nourrissons. C'est de

cette dernière que je me propose d'exposer le fonctionnement. Entre temps l'exemple de M. Budin fut suivi par d'autres médecins, tant à Paris qu'en province. Devant l'excellence des résultats que donnèrent ces consultations, le nombre de ces dernières s'est augmenté à tel point que Paris en compte certainement une douzaine à l'heure actuelle.

A quelle nécessité répond cette consultation et en quoi consiste-t-elle ? Son but est de combattre l'effrayante mortalité qui décime le premier âge ; son moyen d'action essentiel consiste à diriger l'alimentation des enfants pendant les deux premières années de la vie. La grande cause de la mortalité des nourrissons est l'ignorance absolue dans laquelle vivent les mères des règles les plus élémentaires de l'hygiène infantile. A la moindre indisposition de l'enfant la mère alarmée prend conseil de bonnes femmes ou d'un herboriste et la voilà soumettant le tout petit à des médications fantaisistes. Or, si l'adulte a acquis, par accoutumance peut-être, une certaine immunité vis-à-vis des drogues de toute espèce, il n'en est pas de même pour l'enfant. Dès que chez ce dernier les troubles digestifs ont fait leur apparition, les choses ne tardent pas à se compliquer si une diététique convenable n'intervient pas.

A la consultation de nourrissons, les mères reçoivent des conseils éclairés.

Si les troubles digestifs surviennent déjà avec une grande fréquence chez les enfants allaités par leur mère, ce sont surtout ceux nourris au biberon qui fournissent l'appoint le plus important aux gastro-entérites du premier âge. La cause en est aux conditions désastreuses dans lesquelles est pratiqué l'allaitement artificiel. Le lait à bon marché du commerce a subi, le plus souvent, les opérations de l'écémage et du mouillage au point de ne plus posséder qu'une valeur nutri-

tive insignifiante. Il a en outre pu être exposé à toute espèce de contamination.

Les hiberons, d'autre part, sont mal tenus; les cris de l'enfant seuls en règlent l'administration. A la consultation des nourrissons le médecin après s'être convaincu dans chaque cas de l'impérieuse nécessité de l'allaitement artificiel, en dresse le plan de façon précise. La mère pourra recevoir gratuitement de la clinique la quantité de lait dont son enfant

FIG. VII

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER					
CONSULTATION DES NOURRISSONS					
NOM.....			N° DU REGISTRE		
NAISSANCE	Date		Sexe.....		
	Poids.....				
SORTIE	Date		Mode d'alimentation		
	Poids.....				
DATES	NOMBRE DE BOUTEILLES	POIDS	DIFFÉRENCE	MOYENNE	OBSERVATIONS

a besoin chaque jour. Esquissons le fonctionnement de cette consultation.

A leur sortie de la clinique, le dixième, douzième ou quinzième jour après l'accouchement, les mères reçoivent une carte qui porte le nom de l'enfant, son sexe, son poids à la

naissance et à la sortie du service, ainsi que la perte que ce dernier a subie pendant les deux ou trois premiers jours de la vie. Les mères sont invitées à venir chaque semaine présenter leur enfant à la consultation. Il leur est vivement recommandé de le nourrir au sein et en tous cas, de ne pas modifier son alimentation sans venir prendre conseil du médecin de la consultation. A leur première visite on remet à chacune un tableau sur lequel seront inscrits chaque semaine : le poids de l'enfant, la différence en plus ou moins avec la visite antérieure, la moyenne d'augmentation par jour, le nombre de bouteilles que l'enfant prend et enfin, dans la colonne des observations, on mentionne l'éruption des dents; le retour et la répétition des règles chez la mère, etc.

La pesée des enfants et la mise en règle des tableaux s'effectuent avant la consultation.

Chaque enfant est de plus inscrit dans un registre spécial dans lequel seront notées, au cours de la séance, les différentes indications que renseignent les tableaux.

Au moyen de ces derniers, le professeur fait l'appel des mères et dicte à l'assistant, qui les porte au registre, les renseignements signalés. Quand l'augmentation du poids de l'enfant est inférieure à la normale, la mère est soigneusement interrogée : n'a-t-elle pas eu ses règles ? ne s'est-elle pas rendue coupable d'un écart de régime ? combien de fois donne-t-elle le sein en vingt-quatre heures ? combien de temps l'enfant tète-t-il ? l'enfant a-t-il eu de la diarrhée ou des vomissements ? de quelle nature étaient-ils ? etc. Le plus souvent, on a vite fait de découvrir la faute de régime qui cause tout le mal. Si ce n'est pas le cas et s'il ne reste plus à attribuer la diminution de poids à l'insuffisance de l'alimentation, on ordonne à la mère de remplacer par des biberons de contenance donnée, un nombre déterminé de tétées.



Toujours l'on s'efforce d'utiliser jusqu'à la dernière goutte le lait de la mère. Quand il s'agit d'un enfant nourri artificiellement, on augmente la quantité ou la contenance des biberons donnés en vingt-quatre heures. Ces quantités de lait à distribuer sont inscrites sur un tableau spécial, les choses étant calculées de façon à ce que les flacons distribués contiennent exactement le volume de lait qui doit servir à un repas. La consultation a lieu chaque semaine. Lorsque l'état d'un enfant inspire des inquiétudes, la mère est invitée à l'amener tous les deux jours ou même chaque jour. Si cette surveillance ne suffit pas à vaincre cette indisposition, on

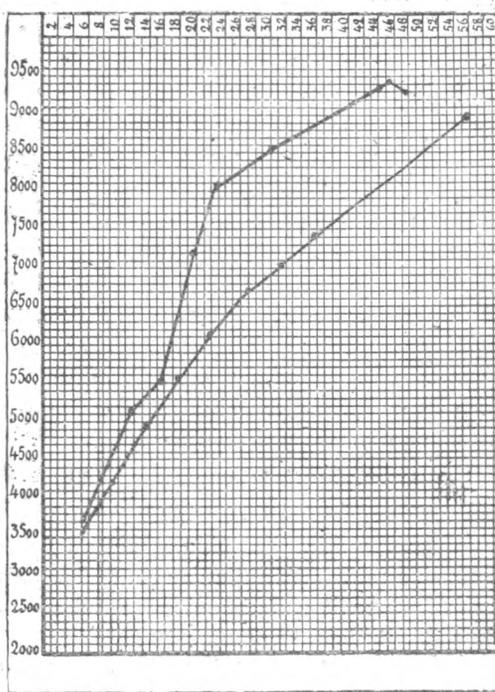
FIG. VIII

Tableau de la stérilisation et de la distribution du lait							
NUMÉRO du REGISTRE	NOM des FERMES	CONTENANCE DES FLACONS					OBSERVATIONS
		50	75	80	100	125	

autorise la mère à entrer avec son enfant dans le service afin de pouvoir, par une observation de tous les instants, découvrir la cause nocive. Au moyen des chiffres, du poids hebdomadaire des enfants, on dresse sur des tableaux spéciaux qui portent imprimée la courbe du poids d'un enfant de constitution moyenne, celle de chacun d'eux (fig. IX.) Il suffit alors d'un simple coup d'œil au tableau pour se faire une idée

exacte de la façon dont l'enfant se développe. Comme ces tableaux renseignent aussi le mode d'allaitement, ainsi que les particularités qui surviennent pendant ce dernier chez la mère et chez l'enfant, on comprend qu'ils constituent des documents précieux pour l'étude de l'évolution normale et pathologique de l'être humain pendant les premiers temps de son existence.

FIG. IX



La laiterie est installée dans le sous-sol de la clinique. Elle comprend une pièce assez vaste avec une dépendance qui sert de laboratoire d'analyse chimique et bactériologique.

Un guichet fait communiquer la laiterie avec une petite salle d'attente. C'est par ce guichet que les mères reçoivent, dans des paniers divisés en compartiments, les bouteilles inscrites.

à leur nom, au tableau (fig. VIII.) Le lait est stérilisé au bain-marie à la température de 100°. L'appareil consiste en un grand récipient en cuivre qui contient une sorte de ratelier métallique dans lequel sont rangés les flacons de lait. Le niveau de l'eau dans le récipient ne doit pas dépasser celui du lait dans les flacons. Chacun de ceux-ci porte une graduation, son goulot est rodé. Au début de l'opération, on place sur ces goulots le bouchon de Gentile et l'eau du bain-marie est portée à l'ébullition pendant 40 minutes. Après le refroidissement, les bouchons ferment hermétiquement les flacons dans lesquels s'est fait un vide relatif.

D'une façon courante la consultation de nourrissons de la clinique Tarnier est fréquentée par soixante-dix à quatre-vingts enfants et les frais de la distribution gratuite de lait stérilisé s'élèvent en moyenne, par an, de 2,500 à 3,000 fr.

Quand on cherche à se rendre compte des résultats qu'a donnés cette consultation, on reste stupéfait de constater qu'ils relèvent du merveilleux.

Parmi les enfants qui sont surveillés à la consultation la mortalité est pour ainsi dire nulle, tandis que la morbidité se trouve extrêmement réduite. Je ne citerai qu'un exemple de ces faits. Pendant l'été de 98 régnait à Paris une épidémie de gastro-entérite qui, du 31 juillet au 17 septembre, enleva 498 enfants en bas-âge sur 835. Or, les statistiques de la clinique de nourrissons nous apprennent qu'au cours des mois de juin, juillet et août 98, sur 53 enfants qui ont suivi régulièrement les visites et qui étaient nourris : 19 au sein, 14 à l'allaitement mixte et 20 au lait stérilisé, 12 seulement ont souffert de troubles digestifs. Dans 10 cas on retrouve comme cause, soit une indisposition de la mère, soit une perturbation de l'allaitement occasionnée par un changement de domicile des parents. Restent deux cas de morbidité sur cinquante-

trois. Ces chiffres se passent de commentaires. De même que la consultation a su mettre ses protégés à l'abri des affections épidémiques on ne rencontre parmi eux, en dépit de la distribution de lait non coupé, ni *dyspepsie*, ni *gros ventre*, ni *scorbut*. Le *rachitisme* a disparu, l'*eczéma* n'apparaît plus qu'à de très rares intervalles et dépend alors d'écarts de régime de la mère commis à l'insu du médecin. Enfin on n'observe plus, qu'à titre tout à fait exceptionnel chez les enfants de la consultation, de ces *tuberculoses articulaires ou osseuses* dans l'étiologie desquelles l'alimentation peut être incriminée...

Ces résultats tiennent du prodige. Il est bien certain que devant la simplicité des moyens employés on reste déconcerté, presque incrédule. Par bonheur, les consultations se multipliant et toutes donnant les mêmes preuves d'efficacité, notre devoir est d'en préconiser la création partout où existent des consultations d'adultes. Il s'agit là d'une œuvre de haute philanthropie car les mères stylées à ces consultations, feront certainement l'éducation des autres mères, répandant ainsi pratiquement des notions exactes sur l'hygiène de la première enfance. Nous arriverons par cette voie à réduire à un minimum la mortalité d'enfants nés viables et il ne nous est pas interdit d'espérer que, grâce à la disparition du rachitisme, les générations prochaines assisteront à l'efflorescence d'une race plus vigoureuse et plus belle.

CHAPITRE IV

Le forceps en Allemagne et en France

Frappé des divergences qui existent dans l'enseignement des manœuvres obstétricales en France et en Allemagne, j'ai cru qu'il ne serait pas sans intérêt d'établir à grands

traits un parallèle entre la façon dont l'une d'elles « l'application de forceps » est pratiquée par deux des principales écoles de ces pays : l'école de Tarnier et l'école d'Olshausen.

Les différences ne portent pas uniquement sur des points de technique, le principe lui-même est l'objet d'interprétations opposées. C'est ainsi que les Allemands considèrent le forceps, comme un instrument exclusivement destiné à suppléer à l'insuffisance des contractions utérines. De ce chef, ils lui refusent tout droit à intervenir soit pour modifier une position vicieuse de la tête (inclinaison sur les pariétaux) soit pour forcer le passage du sommet à travers le détroit supérieur, en cas de disproportion entre les diamètres de ce dernier et ceux de la présentation, soit enfin pour faire exécuter à celle-ci le mécanisme normal.

Les raisons invoquées à l'appui de cette manière de voir sont celles qui justifient en général la méthode expectante en obstétrique. L'accouchement, disent ses protagonistes, étant un phénomène naturel, la sagesse ordonne de n'y intervenir qu'en cas d'absolue nécessité. Si une tête ne s'engage pas et que cela tienne à une inclinaison vicieuse, l'introduction de la main suffira, suivant eux, à rétablir le bon ordre si la chose est possible. Lorsque le retard dans l'engagement tient à la disproportion entre la tête et le détroit supérieur, le forceps qui ajoutera aux diamètres céphaliques, l'épaisseur de ses branches, sera impuissant à terminer l'accouchement sans faire courir des risques sérieux à la mère et à l'enfant. Enfin, comme il n'est jamais possible de prévoir à coup sûr le mécanisme qu'adoptera la tête dans son passage à travers le bassin, on s'exposerait, en lui faisant exécuter au moyen de forceps une évolution déterminée, à contrarier celle que lui prépareraient les conditions naturelles.

Cette conception du rôle du forceps amène naturellement la prohibition, dans l'école allemande, des applications au détroit supérieur de cet instrument. Elle crée ainsi une première et importante séparation d'avec l'école de Tarnier qui proclame les avantages du « haut forceps » dans les cas d'asynclitisme et de rétrécissement pelvien. Ce haut forceps est exécuté par l'école française d'une façon quelque peu différente de celle qui nous est enseignée.

Chez nous, l'application au-dessus du détroit supérieur constitue ce que l'on appelle le « forceps à une main » en raison de cette particularité que pour servir de guide aux deux branches de l'instrument, on n'introduit qu'une main dans les voies génitales. Dans cette manœuvre nous nous proposons de saisir la tête par son diamètre bi-pariétal et pour éviter l'obligation de placer nos branches directement l'une en avant, l'autre en arrière, nous « diagonalisons » la tête, c'est-à-dire qu'au moyen de la main introduite, nous saisissons l'extrémité céphalique et nous lui imprimons une rotation qui transforme sa variété de transversale en antérieure. C'est alors entre la tête et cette main qui la fixe que nous glissons les cuillers du forceps qui, par une manœuvre, à la vérité assez délicate, sont amenées au contact des deux pariétaux.

En procédant à cette application nous sacrifions les avantages de l'engagement de la tête au détroit supérieur suivant un diamètre minimum (bi-pariétal) à ceux d'une bonne prise sur le crâne de l'enfant. Le « haut forceps » des français ne se distingue du nôtre que par des points de détail. Tout d'abord ils font leur application à deux mains suivant la technique employée sur le sommet engagé, la tête étant immobilisée au travers des parois abdominales, par un aide. En second lieu ils ne diagonalisent pas la tête, de telle sorte

que quand, comme nous, ils appliquent l'instrument dans un diamètre oblique du détroit supérieur, ils saisissent le crâne suivant un de ses diamètres intermédiaire entre le bi-pariétal et l'occipito-frontal. Cette prise, moins bonne au point de vue de l'enfant, faciliterait tellement l'engagement de la tête qu'il y aurait de grands avantages à l'adopter.

Revenons à notre parallèle entre l'école d'Olshausen et celle de Tarnier. Il nous reste à placer en regard les applications de forceps dans l'excavation.

Dans l'école de Tarnier, ces applications sont régies par deux principes :

1° La tête doit toujours être saisie suivant son diamètre bi-pariétal ;

2° C'est toujours l'occiput ou le menton que l'instrument doit ramener en avant sous la symphyse. De là une première division des applications en antérieures et postérieures suivant qu'il s'agit de positions de la tête en variété antérieure et postérieure.

Les Allemands, au contraire, ne connaissent que les applications antérieures. Alors que dans l'école française on n'hésite pas à violer cette règle du forceps qui exige que la courbure pelvienne de l'instrument soit constamment parallèle à celle du bassin, les Allemands ne se départissent jamais de ce principe. Ils n'admettent d'ailleurs pas les variétés postérieures. Ils considèrent en effet que ce sont toujours les parties antérieures de la présentation qui sont les plus engagées et que, en conséquence, quand l'occiput se trouve en arrière vis-à-vis d'une articulation sacro-iliaque on n'a pas à faire à une occipito-postérieure, mais bien à une présentation antérieure de la grande fontanelle (Vorderhaupt).

Dans ces conditions, si la petite fontanelle ne se ramène pas spontanément vers l'avant, le mécanisme normal de l'accouchement aboutit en réalité au dégagement de la tête en occipito-sacrée, c'est-à-dire que la racine du nez s'arc-boutant au bord inférieur de la symphyse, c'est le front, puis la grande fontanelle et finalement la petite qui apparaissent successivement à la vulve. Bien qu'il substitue, lors du passage de cette dernière, le diamètre occipito-frontal (12 centimètres) au diamètre sous occipito-bregmatique de la tête (9 à 9 1/2 centimètres), c'est ce mécanisme qu'il faudrait imiter quand on applique le forceps sur un sommet dont l'occiput reste en arrière. Essayer au moyen de l'instrument de ramener ce dernier vers l'avant, constituerait une manœuvre dangereuse et illogique par le fait qu'elle est contraire à l'évolution naturelle. Il est en outre une variété de présentation de la face dans laquelle toute tentative de forceps est vaine : ce sont les mento-postérieures qui n'évoluent pas spontanément.

Ici la seule conduite à tenir est de perforer.

En résumé, en dehors de ce dernier cas, l'école allemande ne voyant que des présentations antérieures de la petite et de la grande fontanelle ou enfin du menton, répudie les applications postérieures. Dans l'école française ces applications ont comme but de faire exécuter à la tête le mécanisme qui facilite le plus sa sortie du canal génital. Indiquées dans les occipito et les mento-postérieures, elles n'exposeraient, quand elles sont bien faites, en aucune manière les parties molles profondes de la mère, tout en possédant l'incomparable avantage d'éviter la rupture périnéale, presque fatale dans les autres modes de dégagement.

Voici, dans ses grandes lignes, la technique de cette opération.

Supposons une occipito-iliaque droite postérieure. L'axe de prise étant l'oblique droit du bassin, on introduit en premier lieu la branche gauche, puis la droite à laquelle on fait exécuter un mouvement de rotation qui amène la cuiller au contact du pariétal antérieur. Au moment de l'articulation, les manches sont fortement reportés vers la cuisse opposée au côté de la position, c'est-à-dire vers la cuisse gauche. Cette manœuvre a pour effet, étant donnée la courbure de l'instrument, d'assurer une bonne saisie de la tête. Elle accentue en outre la flexion et celle-ci favorise la rotation de la tête, dont on ramène en avant l'occiput en imprimant au manche du forceps un « grand mouvement » de bielle de gauche à droite. Le dégagement peut se faire sans qu'il soit besoin de désarticuler et d'enlever le forceps ; il suffit pour cela de procéder lentement et sans violence.

Nous arrivons enfin aux seules manœuvres de forceps qui s'exécutent à la fois dans les deux écoles allemande et française, c'est-à-dire aux applications antérieures. Sur ce terrain commun les divergences sont encore très prononcées.

Étudions comparativement le détail de ces applications dans les deux écoles. Nous y distinguerons deux temps :

1° Introduction et articulation des branches ;

2° Extraction se décomposant en abaissement et dégagement de la tête. Nous supposerons, pour fixer les idées une présentation en O. I. G. A.

PREMIER TEMPS. — a) Dans l'école française, le forceps devant saisir la tête suivant son diamètre bi-pariétal, il faudra que ses deux branches viennent se placer aux extrémités de l'oblique droit du bassin. La branche postérieure, qui doit

toujours être introduite la première, est ici la gauche. Sur deux doigts, l'index et le médium on la glisse légèrement dans les voies génitales de façon à ce que sa cuiller vienne s'appliquer sur le pariétal postérieur, vis-à-vis de la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette branche, confiée à un aide, procède à l'introduction de l'autre. Une fois que cette deuxième branche est arrivée au devant de la symphyse sacro-iliaque droite, on retire les doigts qui lui ont servi de guide et par un abaissement imprimé à son manche on en amène la cuiller au contact du pariétal antérieur. Les deux branches sont articulées.

S'il s'était agi d'une droite au lieu d'une gauche, c'eût été à la branche gauche qu'il eût fallu imprimer la rotation et dans ces conditions on se serait trouvé dans l'obligation d'exécuter la petite manœuvre du décroisement des branches.

b) *A l'école d'Olshausen* on observe dans toute sa rigueur la règle qui exige un parallélisme constant entre la courbure pelvienne du forceps et l'axe du bassin. C'est pourquoi *quelle que soit la position de la tête dans l'excavation* cet instrument doit toujours y être placé transversalement. Il n'existe donc pas de distinction en branches antérieure et postérieure. Néanmoins, pour la facilité de l'articulation, on introduit toujours la branche gauche la première. La technique de l'introduction de ces branches est la même pour chacune d'elles et identique à celle qu'adoptent les Français dans l'intromission de la branche postérieure. Une fois que ces deux branches sont placées dans l'excavation pelvienne de telle sorte qu'elles correspondent par la convexité de leur cuiller aux symphyses sacro-iliaques, on en saisit les manches à pleines mains et on les abaisse fortement en leur imprimant une légère rotation autour de leur axe longitu-

dinal. Le mouvement d'abaissement amène les cuillers aux extrémités du diamètre transversal; celui de rotation place dans un même plan les deux pièces de l'entablement. L'articulation se fait alors sans difficulté.

DEUXIÈME TEMPS. — *a)* Après vérification de la régularité et de la solidité de la prise, on abaisse la tête soit en tirant directement sur le manche du forceps, soit en exerçant l'effort au moyen d'un tracteur de Tarnier. Quand la tête est descendue sur le plancher périnéal on lui imprime, au moyen du forceps un mouvement de rotation qui ramène l'occiput en avant. On continue à tirer jusqu'au moment où l'occiput est dégagé sous la symphyse. Le dégagement s'accomplit alors en relevant lentement le manche de l'instrument vers le ventre de la mère.

b) La prise vérifiée, on abaisse la tête en tirant vers le bas sur le manche du forceps tout en imprimant à ce dernier de légers mouvements de latéralité. Après quelques tractions, l'instrument est désarticulé. Cette manœuvre a pour but de suspendre momentanément la compression exercée sur la tête et surtout de permettre à celle-ci de suivre son mécanisme normal, c'est-à-dire d'exécuter son mouvement de rotation. Les manches sont abaissés à nouveau et réarticulés, les tractions reprennant. Après deux manœuvres de ce genre, dans l'immense majorité des cas, la tête a effectué sa rotation et la petite fontanelle s'est mise en rapport avec la symphyse. Lorsque la protubérance occipitale s'est nettement dégagée au bord inférieur du pubis, on fixe la tête au moyen de la main gauche, dont le pouce repose sur le crâne, les quatre autres doigts étant appliqués sur le périnée. Il est important de poursuivre la traction avec la main droite jusqu'au moment où la main gauche sent les globes oculaires à travers

le périnée aminci. Le forceps est ensuite désarticulé, ses branches sont enlevées, ce que facilite beaucoup l'inclinaison du manche de chacune d'elles vers l'aîne maternelle du côté opposé.

Le dégagement s'accomplit alors comme s'il s'agissait d'un accouchement spontané.

L'exécution de ce second temps est *identique quelle que soit la présentation de l'extrémité céphalique dans ses différentes modalités*, à l'exception naturellement des mento-postérieures dont nous avons parlé plus haut.

De l'exposé qui précède il résulte que par notre conception du forceps, nous nous rapprochons beaucoup plus de l'école française que de l'école allemande. Comme eux nous pratiquons le « haut forceps », et nous établissons des distinctions nettes dans notre technique selon que nous appliquons dans l'excavation le forceps sur des présentations antérieures ou postérieures, gauches ou droites.

La méthode d'Olshausen n'admet pas le forceps au détroit supérieur et dans l'excavation, ne l'applique que suivant une technique unique.

Quelle est de ces deux méthodes, celle qui fournit les meilleurs résultats ? C'est là une question extrêmement difficile à résoudre. Les considérations théoriques et les expériences sur le cadavre ne peuvent être ici que d'un appoint relatif dans la recherche de la vérité. Les statistiques constituent à peu près les seuls éléments d'appréciation et l'on sait dans quelles mesures elles peuvent varier, rien qu'en raison de la personnalité de celui qui les établit. Néanmoins les quelques observations que j'ai faites à l'étranger ont fait naître en moi, non pas l'opinion mais l'impression, que l'école allemande est plus pratique. J'ai assisté à l'enseignement des manœuvres d'accouchement en Allemagne et en

France et je crois que les opérations obstétricales françaises exigent, pour être bien possédées et bien exécutées, un apprentissage plus long et plus laborieux que les manœuvres allemandes. Il me semble qu'il est rare que le jeune médecin se les soit parfaitement assimilées au moment où il quitte l'université. Combien de temps ces connaissances imparfaites résisteront-elles à l'oubli ?

Il est bien certain, que l'obstétricien retirera des manœuvres françaises les plus grands avantages, mais je doute qu'il en soit de même pour le simple praticien, car si une connaissance approfondie de la mécanique obstétricale permet aux spécialistes certains tours de main qui risquent de contrarier les phénomènes naturels, ces habiletés sont toujours dangereuses dans les mains des médecins ordinaires. Voilà pourquoi l'école allemande, qui pousse à ses dernières limites le respect de la nature en même temps qu'elle réduit les difficultés techniques à leur plus simple expression me paraît appelée à un grand avenir.

Paris, le 31 août 1899.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction	5
CHAPITRE PREMIER :	
Les cliniques de femmes à l'étranger	9
Clinique des femmes à l'université de Bonn	10
Clinique des femmes à l'université de Bâle	24
Clinique des femmes aux universités de Zurich, Berne, Munich.	28
Clinique des femmes à l'université de Berlin.	29
Clinique gynécologique du docteur Pozzi	32
Clinique d'accouchement Tarnier	36
CHAPITRE II :	
Desiderata d'une clinique de femmes à l'époque actuelle . .	39
CHAPITRE III :	
Enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie en Alle- magne et en France. — Polyclinique obstétricale de Berlin.	50
Consultations de nourrissons	56
CHAPITRE IV :	
Le forceps en Allemagne et en France.	63