

**Accoucher aux hospices civils de Bordeaux
dans la première moitié du XX^e siècle :
institutions, innovations et prise en charge
des nourrissons et des parturientes (1902-1952)**

*To give birth at Bordeaux's public hospitals during the
first half of the 20th century : institutes, innovations and
caring for newborns and parturient mothers*

par Claire BORDELAIS*

Dans le but d'apprécier la pratique médicale dans le domaine de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie, notre étude porte sur les registres d'accouchements de la clinique obstétricale, de la Maternité de Pellegrin et de la maternité de Canolle entre 1902 et 1952. Ces établissements sont gérés par les hospices civils de Bordeaux eux-mêmes administrés par la commission municipale de la ville. Les bâtiments sont propriétés de Bordeaux et toute décision ou changement dans la gestion doit être votée par les membres siégeant à la commission municipale. Les registres, non inventoriés sont détenus par le Bâtiment Central des Archives (BCA) de l'hôpital Xavier Arnoz à Pessac et donc propriété du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Étant donné que ces

Séance du 20 septembre 2024

* clairebordelais@gmail.com

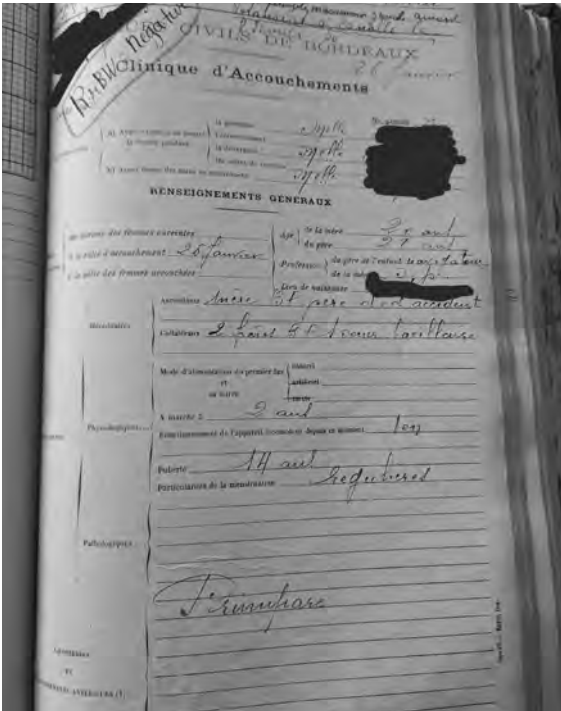


Fig. 1 - Photographie de la première page de l'ordre n° 32 du premier registre de 1930 de la clinique obstétricale.

archives dévoilent des informations privées de moins de 100 ans (noms, adresses...), les photographies et noms des patients et des personnels ont été anonymisés à la demande du BCA. Ce sont les registres de la clinique obstétricale qui sont les plus complets avec 291 registres soit 18 mètres linéaires et plus de 37 000 admissions dépouillées, ceux de Pellegrin ayant été probablement victimes de destructions volontaires ce qui fait qu'ils ne sont complets qu'à partir de 1938. En conséquence il a été possible de réaliser des statistiques sur 50 ans et ainsi suivre l'évolution du service notamment sur le nombre de naissances, la mortalité maternelle et infantile ainsi que le taux d'avortements¹. Ajouté à cela, la première moitié du XX^e siècle est en effet une période charnière en ce qui concerne l'innovation médicale et chirurgicale. C'est pour cela qu'une grande partie de cette étude a consisté à chercher l'application des découvertes et innovations dans les domaines de la prophylaxie, de la thérapeutique et du diagnostic. Combien de temps une innovation met-elle à être utilisée dans le domaine de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Pour cela, il est nécessaire de ne pas seulement se focaliser sur un seul domaine à la fois mais d'en comprendre les causes et les cheminements : le diagnostic amène la thérapeutique (quand elle existe), la thérapeutique est parfois nécessaire en

prophylaxie et la prophylaxie permet parfois d'éviter la thérapeutique. Cela permet ainsi de découvrir quelle était la prise en charge des patientes et de leurs enfants dans une grande ville de province ce qui permettrait à terme, de comparer la pratique à la capitale ou bien à d'autres grandes villes, ou même à la pratique à domicile qui reste très majoritaire.

La clinique obstétricale et la Maternité de Pellegrin au centre du réseau de prise en charge des parturientes

La clinique obstétricale de Bordeaux s'installe définitivement à l'hôpital Saint-André durant les années 1855-1856 et s'ajoute au vieil hospice de la maternité, déjà bien implanté dans la prise en charge obstétricale de la ville. Les deux établissements souffrent pourtant d'une réputation de mouvoir avec selon le Dr Léon Le Fort, un taux de mortalité montant jusqu'à 6,5 % par an pour la période 1860-1863 pour la clinique obstétricale de Saint-André¹. Le manque de place suscite aussi les plaintes des institutions publiques de la ville en particulier dans la prise en charge des femmes devant accoucher « à l'isolement » (parturientes bacillaires², spécifiques³ ou atteintes d'autres pathologies infectieuses) car étant trop nombreuses. Le vieil hospice de la maternité est définitivement fermé à la fin du mois de décembre 1876 mais l'ouverture de la Maternité de Pellegrin l'année suivante permet de répartir de nouveau la patientèle.

Cependant, le 8 février 1904, la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-André est victime d'un incendie² qui rend le service inutilisable, celui-ci étant temporairement transféré sur le site de Pellegrin, en attendant de lui trouver un nouveau bâtiment. Il faut cependant attendre 1927 pour que le service ne retrouve son emplacement définitif dans ce qui a été auparavant l'hôpital Saint-Jean, établissement qui recevait les femmes atteintes de maladies vénériennes. Situé près de la place de la Victoire et de la Faculté de médecine de Bordeaux, cela permet à la clinique, renommée clinique André Boursier, de s'ancrer de nouveau dans le centre ville. En plus de la clinique obstétricale, l'établissement peut se permettre d'accueillir les consultations de grossesse et de suivi des malades spécifiques ainsi que d'un laboratoire, d'une salle d'opération et d'une clinique de gynécologie. Le nombre de lits d'isolement passe à 8 à l'ouverture et est de 10 dans les années 1950 tout comme les lits dits classiques qui sont au nombre de 43 au milieu du XX^e siècle.

La clinique André Boursier reprend donc sa place dans le réseau de prise en charge médico-sociale des mères et des enfants, en plus des nombreux dispensaires de la ville. Ceux-ci, gérés par le Bureau de bienfaisance, permet

à la population indigente de recevoir des consultations et soins gratuits en fonction de leur pathologie. Les parturientes spécifiques ou bacillaires sont particulièrement surveillées pendant leur grossesse car les conséquences de leur pathologie sur leur enfant peuvent être sérieuses. C'est dans ces dispensaires de prophylaxie qu'elle peuvent être testées et recevoir un traitement approprié à leur pathologie. Durant notre demi-siècle d'étude, les substances administrées aux spécifiques évoluent avec tout d'abord le cyanure de mercure puis les dérivés d'arsenic et de bismuth. La pénicilline n'est donnée qu'à partir de 1945 aux nouvelles infectées pour « blanchir » leur maladie c'est à dire pour qu'elle ne soit plus considérée comme contagieuse. Après cela, les thérapeutiques à l'arsenic, au mercure ou au bismuth sont de nouveau prescrites. À noter que le test de Bordet-Wassermann (BW) permettant le diagnostic d'une spécificité devient aussi obligatoire pour tout femme admise à la clinique obstétricale dès les années 1920.

En plus de la clinique obstétricale située en centre-ville, la Maternité de Pellegrin est le deuxième centre d'accouchement des hospices civils de Bordeaux le site comportant, en plus, un établissement d'isolement à part entière : la maternité de Canolle. Bien que ce service accueille les femmes présentant une grossesse avec complications ou en post-partum atteintes d'infections graves, la majorité des admissions reste des femmes devant subir un curage digital ou un curetage après un avortement précoce de moins de 3 mois et demi en 1920⁴. Ainsi, toujours en 1920, le taux d'enfants viables à la naissance à Canolle n'est que de 7,7 % et seuls 4,5 % sont vivants à leur sortie. De même, la mortalité maternelle est bien plus élevée, grimpant à 2,9 % contre 0,5 % à la clinique obstétricale la même année.

La prise en charge des accouchements à domicile reste cependant majoritaire grâce aux nombreuses sages-femmes de ville, le taux de mortalité maternelle étant bien plus bas qu'aux hospices civils au XIX^e siècle,



Fig. 2 - Plan pratique de Bordeaux montrant l'emplacement des établissements médicaux des hospices civils de Bordeaux (© Gallica)

toujours selon les travaux de Léon Le Fort. Lors de notre étude nous avons relevé la mortalité maternelle à la clinique obstétricale de Bordeaux, celle-ci oscillant aléatoirement entre 0 % et 1,5 % de 1903 à 1937 avant de rester sous la barre des 0,4 % après cela.

Parmi les premières informations indiquées dans les registres d'accouchement, nous retrouvons une première page centrée sur les renseignements à caractère social notamment l'âge, la profession et l'adresse⁵. Il est ainsi possible de dresser des statistiques précises pour chacun de ces renseignements et ainsi constater les mutations au cours du demi-siècle.

Par exemple, nous observons qu'après le Première guerre mondiale, plus nombreuses sont les femmes exerçant un emploi à qualifications (sténo-dactylographe, infirmière, employée de bureau...) alors qu'avant cela, prédominaient les domestiques, ménagères et cultivatrices. Le statut marital n'est pas mentionné seules sont relevées quelques informations sur le père de l'enfant que sont l'âge, la profession et l'état de santé (père spécifique, bacillaire...) si la parturiente accepte de les donner. Enfin, concernant l'adresse de la patiente, si la quasi-totalité viennent de Bordeaux ou sa banlieue, certaines résident dans les campagnes ou même les départements limitrophes. Lors de le Seconde guerre mondiale les provenances s'élargissent avec l'accueil de patientes venant de Belgique, du nord-est de la France ou de Paris fuyant l'invasion allemande.

Si l'aspect social des registres d'accouchement reste une composante importante et surtout sujet à développement, le côté plus médical reste bien sûr le principal. L'étude des pathologies et leur traitement à partir

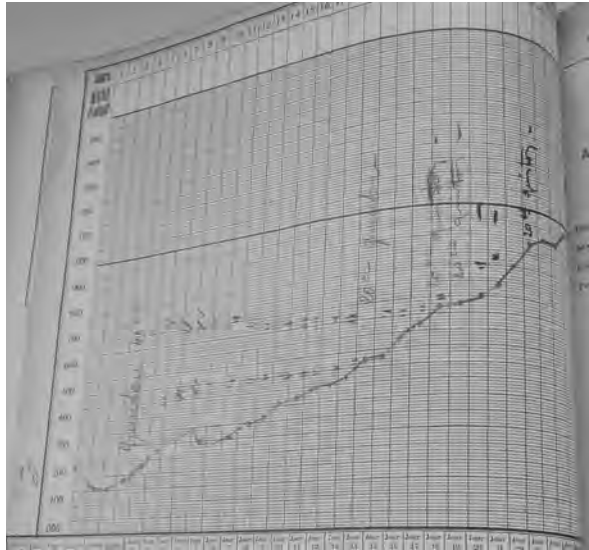


Fig. 3 - Courbe statistique de la mortalité maternelle à la clinique obstétricale de Bordeaux entre 1902 et 1952 (années 1902, 1910 et 1944 manquantes) établie à partir des notes des registres.

des registres d'accouchement est divisible en trois catégories permettant d'inclure le plus de cas possible : les hémorragies, les infections et l'éclampsie.

Les prises en charge des hémorragies en obstétrique

Pour commencer, la catégorie des hémorragies inclut celles survenant lors de la grossesse, du travail ou après l'accouchement cependant c'est la prise en charge après une hémorragie modérée à importante qui offre le plus détail sur ce qui a été pratiqué au début du XX^e siècle. Si nous prenons l'exemple des traitements administrés lors d'une hémorragie du post-partum, causée principalement par une inertie utérine, c'est l'injection chaude³ qui est donnée en première intention. Lors d'une hémorragie modérée à importante, la sage-femme ou le médecin injecte à l'aide d'une sonde de grandes quantités d'eau bouillie dans la cavité vaginale et utérine. Il est estimé que cette eau chauffée aux alentours des 48 °C provoque une irritation du muscle utérin qui se contracte, stoppant ainsi l'hémorragie en cours. Les dérivés d'ergot de seigle dont le principal administré est l'ergotine⁶ n'est donné qu'en deuxième intention si les injections chaudes demeurent inefficaces. Cette méthode est progressivement abandonnée au cours des années 1920 au profit d'une utilisation exclusive des dérivés d'ergot de seigle à savoir l'ergotine et la sécacornine⁷ à raison d'une injection hypodermique de 1cc à renouveler si l'hémorragie est grave. Après la Seconde guerre Mondiale, si les thérapeutiques à base d'ergot de seigle restent encore présentes, elles sont rejointes par l'opothérapie à base d'extraits hypophysaires. Les extraits hypophysaires, déjà administrés à la même période pour contrer les inerties lors du travail, ont ici un rôle similaire aux dérivés d'ergot de seigle et contractent le muscle utérin si celui-ci ne se rétracte pas. Il faut tout de même préciser que contrairement aux dérivés d'ergot de seigle, les extraits hypophysaires présentent un certain nombre de contre-indications notamment lorsqu'ils sont administrés lors du travail.

Après une hémorragie importante, du moins suffisante pour altérer l'état général de l'accouchée, les professionnels cherchent alors à « remonter » la malade ce qui passe par l'administration de tonicardiaques qui sont parfois associés à des injections de sérum artificiel et donc contrer l'hypovolémie. Ces stimulants cardiaques sont nombreux sur notre demi-siècle d'étude les principaux étant les tonicardiaques à base de caféine mais aussi de camphre, d'abord l'huile camphrée⁸ puis sa version soluble dans l'eau le solucamphre. Celles-ci amorcent le déclin des injections sous-cutanées d'éther et d'essence de térébenthine, très douloureuses à l'administration et pouvant causer des nécroses cutanées. Enfin, c'est à partir de 1939 qu'arrive le pressyl qui associe

la camphramine et pressédrine (hypertensive) et qui est avec le solucamphre, les tonocardiaques régulièrement administrés à partir des années 1940. Si l'hémorragie est grave, le recours à la transfusion sanguine est possible grâce aux donneurs universels répertoriés dans la ville ou grâce à des stocks de sang conservés notamment à l'hôpital Saint-André.

Révolutions des thérapeutiques anti-infectieuses

Ensuite, dans le domaine des thérapeutiques visant à contrer les infections notamment du post-partum, avant les années 1920, les infections bénignes ne sont pas traitées directement, les personnels de santé ne cherchant qu'à contrer les accès de fièvre par une vessie de glace sur la tête ou bien de la quinine. Seules les infections du système urinaire, la plus retrouvée chez les patientes étant la pyélonéphrite, sont traitées exclusivement par une thérapeutique appelée uroformine, décrite comme un antiseptique urinaire. Après la Première guerre Mondiale, la vaccinothérapie curative se développe avec l'administration aux mères soit de stocks-vaccins, préparés à l'avance à partir de souches microbiennes déjà connues ou bien d'auto-vaccins qui sont préparés à partir de prélèvements microbiens sur l'accouchée et lui conférant une immunité propre. Les vaccins anti-staphylococciques⁹ et anti-streptococciques sont les plus administrés car ces souches bactériennes sont régulièrement responsables d'infections mammaires ou utérines parfois graves. Ces vaccins sont aussi associés aux thérapeutiques antiseptiques la principale étant la septicémine⁴ qui est un dérivé d'urotropine mais ayant une action dite « intégrale ». Malgré l'arrivée des antibactériens à base de sulfamide à partir de 1935 (notamment le rubiazol), les médecins se rendent rapidement compte que leur efficacité reste limitée sur certaines souches microbiennes d'où la pérennité des thérapeutiques antiseptiques. Les deux participent tout de même à la raréfaction de la vaccinothérapie curative hormis pour les vaccins anti-diphtériques et anti-staphylococciques qui continuent d'être régulièrement administrés, les thérapeutiques antiseptiques et à base de sulfamides étant reconnues comme peu ou modérément efficaces contre ces infections. Il faut attendre 1940 pour que de nouveaux sulfamides (le dagenan et le thiazomide par exemple) soient plus largement donnés aux patientes notamment en traitement prophylactique après des actes invasifs et donc à risques infectieux augmentés. Présentant aussi des effets secondaires réduits, ce sont des thérapeutiques bien mieux tolérées par les nourrissons dans la lutte contre les infections survenant peu de temps après la naissance. Enfin la pénicilline démontre rapidement son efficacité auprès de la communauté médicale de Bordeaux⁵ et les premières patientes de la

clinique obstétricales en bénéficiant dès 1944. Son administration croit de façon exponentielle et d'autres antibiotiques sont rapidement inventés notamment la streptomycine qui se révèle très efficace dans le traitement des pathologies bronchiques dont les bacilloses.

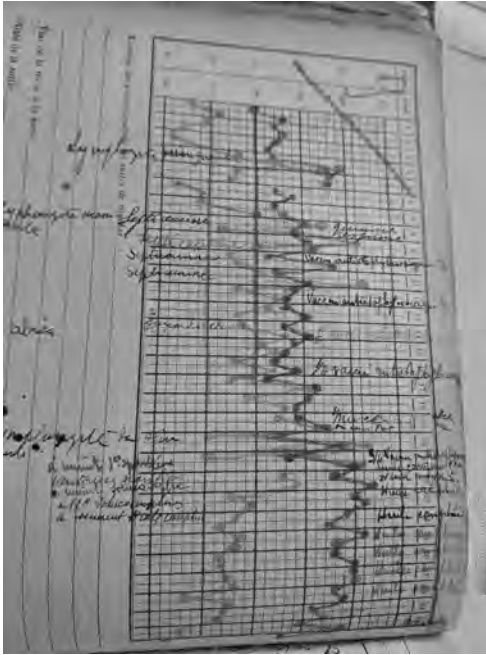


Fig. 4 - Photographie d'une courbe de température et de pouls chez une mère en 1927. La patiente a souffert d'une double lymphangite mammaire suivie de deux abcès. La patiente est traitée à la fois par septicémine et vaccins anti-staphylococciques pendant 1 mois.

Le cas particulier du traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie

Enfin, la pré-éclampsie pouvant évoluer vers l'éclampsie est la dernière catégorie étudiée car présentant un taux de mortalité infantile élevé ainsi qu'un risque important pour la vie de la mère. Concernant leur prise en charge, la clinique obstétricale de Bordeaux et la Maternité de Pellegrin ont décidé d'agir dès le stade de l'albuminurie gravidique et d'adopter un traitement éclectique si l'état de la patiente s'aggrave. La pathologie étant encore considérée comme une intoxication de la mère lors de sa grossesse (d'où le terme « toxémie » retrouvé parfois dans les registres), le régime lacté prôné par le Dr Stéphane Tarnier dès 1875 fait l'unanimité chez tous les médecins accoucheurs dont le Dr R. père, chef de clinique d'accouchement de Bordeaux qui estime qu'en plus d'être diurétique, le lait a une action anti-poison sur le système rénal, d'où la baisse de l'albuminurie. En revanche, la traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie à Bordeaux commence à

rapidement différer des autres maternité françaises et ce, dès la question de la saignée lorsqu'une hypertension s'installe. Si le Dr Olivier Macé de Paris conseille la saignée massive (de 800 à 1 500 grammes), les accoucheurs de Bordeaux prônent une saignée modérée (entre 200 et 500 g) sous contrôle de l'oscillomètre de Pachon¹⁰ ainsi qu'une purgation à l'eau de vie allemande¹¹. Les médecins accoucheurs de Bordeaux rejettent par conséquent le traitement de la pré-éclampsie par administration exclusive de morphine et d'hydrate de chloral prônée par le médecin russe Vassili Stroganoff citant une dangerosité dans l'élimination du chloral en particulier avec une oligurie. Le chloral est d'ailleurs rapidement remplacé par un barbiturique nommé somnifène dès 1930 dans la sédation des éclampsiques et qui est lui-même supplanté par le sulfate de magnésie à partir de 1943. Ainsi il est préféré une sédation légère combinée à la saignée, à la purgation et au régime lacté au stade de pré-éclampsie, méthode qui diminuerait la mortalité infantile et maternelle par rapport aux méthodes employées dans d'autres maternités françaises¹². La particularité de la clinique d'accouchement de Bordeaux est aussi d'attendre naturellement le début du travail surtout si l'état de la parturiente est stabilisé par le régime et les traitements médicamenteux. L'utérus n'est vidé qu'en cas de crise d'éclampsie grave mettant en danger la vie de la mère.

Mutations de l'anesthésie et de l'opération césarienne

Si l'accouchement par voie basse reste la très grande majorité, lorsque celui-ci est impossible il ne reste au médecins que le dernier recours de la voie haute ou césarienne. Durant la première moitié du XX^e siècle, cette chirurgie connaît des mutations importantes que ce soit en terme de techniques chirurgicales ou en anesthésie. Jusqu'au début des années 1920 à Bordeaux, la césarienne reste un acte marginal¹³ car lourd de conséquence puisque toutes se terminent par une stérilisation d'office de la patiente quelque soit son âge ou le nombre d'enfants qu'elle a déjà eu. Le risque infectieux reste aussi très élevé et il est admis que le corps utérin ouvert sur toute sa longueur (méthode de césarienne haute) ne peut supporter une autre grossesse sans risque de rupture ultérieure. La méthode de stérilisation la plus pratiquée est la ligature et section de trompes de Fallope, l'hystérectomie n'étant faite que si l'utérus est hémorragique ou rompu. Durant cette période la chirurgie est pratiquée sous éther, estimé moins nocif que le chloroforme pour les opérations longues. Le chloroforme reste cependant administré lors des gestes invasifs de l'accouchement comme les applications de forceps, les délivrances manuelles ou les embryotomies.

C'est au début des années 1920 que sont expérimentées les césariennes sous rachianesthésie à la syncaïne (autre nom de la novocaïne) qui est injectée dans le liquide céphalo-rachidien. Cette méthode est en revanche déconseillée chez les patientes hypotendues ou ayant eu une hémorragie avant l'opération car la rachianesthésie provoque une hypotension raison pour laquelle une injection d'éphédrine (hypertenseur) est faite avant. Dans les cas où la rachianesthésie est impossible, c'est l'éther qui est privilégié. Après la Seconde guerre Mondiale la pratique de la rachianesthésie lors des césariennes diminue pour être remplacée par une anesthésie générale au chloroforme, l'éther ayant été reconnu comme d'action plus longue et pouvant causer un risque hémorragique plus élevé. C'est aussi durant les années 1920 que les chirurgiens de Bordeaux commencent à expérimenter la technique de césarienne basse ou supra-symphysaire qui consiste en une incision cutanée sous-ombilicale et une ouverture de l'utérus au niveau du segment inférieur qui est la partie la plus amincie et la moins vascularisée de l'utérus gravide. Cette nouvelle méthode coïncide aussi avec l'abandon de la césarienne mutilatrice d'emblée au profit d'une césarienne conservatrice avec possibilité de deux autres césariennes itératives ultérieures tant qu'il n'y a pas de complications. Après trois césariennes la patiente est stérilisée par ligature et section des trompes de Fallope. Aussi, dans les cas où le segment inférieur est peu ou non développé ce qui se produit lorsque la patiente est très jeune ou non à terme, l'incision est pratiquée sur le corps utérin, on parle alors de césarienne segmento-corporéale. Cette méthode est aussi pratiquée lors de la présence d'un placenta inséré vicieusement ou d'une torsion extrême de l'utérus.

Les débuts de l'analgésie et du contrôle de l'accouchement

L'analgésie lors du travail très répandue aujourd'hui par le recours à la péridurale connaît ses premières expérimentations à Bordeaux durant les années 1920 et 1930 mais sans résultats concluants. Il faut attendre 1940 pour voir les premières administrations à la clinique obstétricale André Boursier avant d'être définitivement adopté à partir de 1948 : c'est la méthode Delalande⁶ ou chloro-kéléne hypophyse. L'inventeur de la méthode, le Dr Delalande combine une analgésie au chloro-kéléne (composé à 75 % de chlorure d'éthyle et de 25 % d'éther) poussée jusqu'à la perte de connaissance sans abolition des réflexes, à une opothérapie qui permet d'intensifier les contractions. Delalande estime alors que les accouchements sous chloro-kéléne hypophyse se terminent plus rapidement qu'un accouchement non soulagé en particulier chez les multipares. Elle reste cependant déconseillée

chez les femmes présentant des rétrécissements pelviens, si le fœtus se présente vicieusement ou chez les hypertendues. À Bordeaux nous avons remarqué que cette méthode est très majoritairement appliquée en fin de travail si la tête de l'enfant reste haute, lors d'une souffrance fœtale (bradycardie, expulsion de méconium) ou s'il y a anomalie de dilatation.

L'accouchement dirigé a été prôné par les Dr Kreis et Schikelé⁷ de la faculté de Strasbourg qui considèrent que l'accouchement est semblable à une pathologie qu'il faut traiter par administration médicamenteuse. Ainsi ils préconisent lorsque la parturiente est à terme et en travail, une rupture artificielle de la poche des eaux pour bien engager le travail suivi d'une administration combinée d'un antispasmodique (la spasmalgine) et d'extraits hypophysaires, le premier servant à limiter les effets du second pour intensifier les contractions de façon contrôlée. L'accouchement passe d'un acte naturel à un acte contrôlé que les médecins jugent nécessaire pour faire face aux éventuelles complications pouvant se produire pendant le travail ou lors de l'expulsion. Cette méthode est adoptée à Bordeaux dès 1935 période où la clinique obstétricale prend en charge environ 1 000 naissances par an. Nous supposons que c'est la pierre angulaire de la forte médicalisation de l'accouchement que l'on retrouve aujourd'hui en France contrairement à d'autres pays européens¹⁴.

Les soins aux nouveaux-nés

Concernant la prise en charge des nouveaux-nés, celle-ci ne commence à être détaillée qu'à partir des années 1920, les années précédentes ne mentionnant que l'évolution du poids de l'enfant. En revanche en prénatal, c'est la notion du doute qui profite à l'enfant qui prédomine et qui pousse les médecins et sages-femmes à l'action si une complication est trouvée. L'application de forceps en est un bon exemple car régulièrement pratiquée en cas de souffrance fœtale et cela se vérifie d'autant plus dans les pratiques de césariennes avant les années 1920. La chirurgie étant mutilatrice ou du moins avec un risque infectieux élevé, elle n'est faite que si l'enfant est vivant. Si celui-ci est mort c'est l'embryotomie qui est effectuée car comportant moins de risques que la chirurgie. Après les années 1920 la courbe de poids comporte comme chez les mères, les annotations des thérapeutiques administrées. Celles-ci relèvent en grande partie de la lutte contre l'athrepsie qui est assez courante surtout chez bébés nés chétifs ou atteints de spécificité. Le monopole des thérapeutiques de lutte contre l'athrepsie est l'administration de sérum de Quinton⁸, solution isotonique stérilisée à base d'eau de mer puisée au large d'Arcachon, à raison d'une

injection hypodermique de 10 à 30cc par jour le temps que l'état de l'enfant s'améliore. Ces injections peuvent aussi être combinées avec une transfusion de sang maternel additionnée de sulfarsénol¹⁵, toujours pour contrer cette athrepsie. Les avancées dans le domaine du sondage et du gavage avec des laits artificiels rend l'administration du sérum de Quinton obsolète.

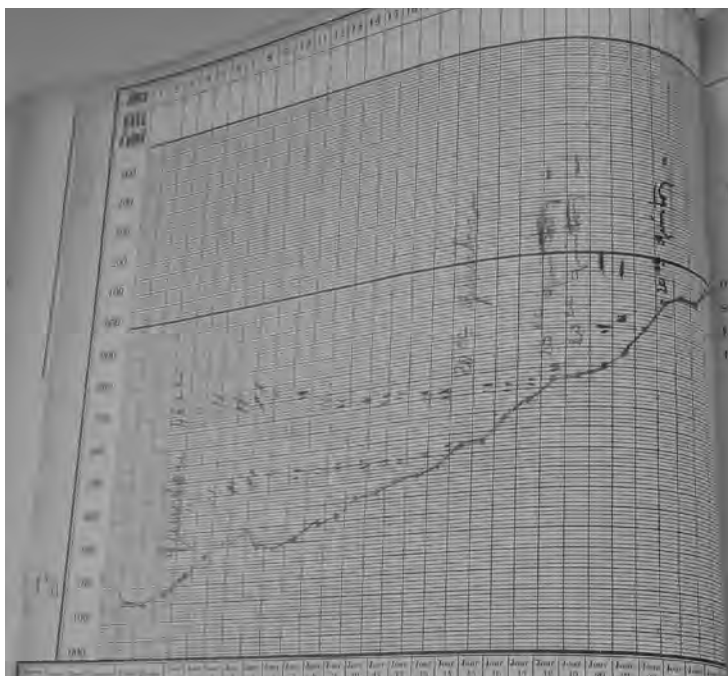


Fig. 4 - *Courbe de poids d'un nouveau-né prématuré né en 1935 et pesant 1 250 g. Il reçoit un traitement régulier au sérum de Quinton jusqu'à sa sortie.*

Autre avancée majeure dans la prise en charge pédiatrique est la lutte contre la tuberculose par l'administration du vaccin Bilié-Calmette-Gengou (BCG) dès les premiers jours de vie. S'il ne devient obligatoire qu'en 1950, ses premières administrations à la clinique obstétricale de Bordeaux se font à partir de 1925 chez tout enfant ayant un parent proche ou éloigné atteint de la maladie. Les premières administrations se font par voie buccale à raison de 3 prises à 2 ou 3 jours d'intervalle dès le 3^e ou 4^e jour de vie. À la fin des années 1930, l'administration se fait par scarification du bras en une seule fois. Il est cependant précisé dans les registres que les enfants prématurés et chétifs ou n'ayant pas repris leur poids de naissance ne sont, par prudence, pas vaccinés tout de suite, ce qui fait suite aux critiques émises par une partie

de la communauté médicale sur la dangerosité du vaccin sur cette catégorie de nouveaux-nés. Parmi les révolutions dans le soin aux nouveaux-nés, la découverte du facteur rhésus met en lumière les causes de certains décès inexpliqués jusque là ainsi que la forte mortalité retrouvée chez certaines familles. Ainsi pour traiter une incompatibilité facteur-rhésus, l'exsanguino-transfusion se met en place avec un premier cas le 9 décembre 1949 où l'on retire progressivement quelques centimètres cubes de sang à l'enfant avant de lui en transfuser une quantité supérieure venant d'un donneur compatible. C'est aussi à cette période que les recherches de facteur rhésus deviennent obligatoires chez les femmes enceintes.

Conclusion

Étudier une période que nous n'avons pas connue ou dont nous avons eu peu d'échos ouvre une perspective sur la prise en charge que nous ne connaissons pas puisque n'ayant pour comparatif que l'époque dans laquelle nous vivons à savoir la médecine moderne. Les registres d'accouchement ne montrent que la prise en charge médicale dans une période en plein développement en ce qui concerne les thérapeutiques, la chirurgie et l'anesthésie et ce pour pouvoir améliorer la prise en charge obstétricale en hôpital qui est jusqu'en 1952, minoritaire. Nous nous sommes ici penchés sur la clinique obstétricale de Bordeaux mais nous pensons qu'une étude semblable serait possible à partir de registres similaires d'autres grandes villes de France. L'accouchement en lui-même évolue dans son ensemble passant d'un acte seulement assisté lors de l'expulsion la délivrance et en cas de complications, à un acte dirigé et médicalisé à partir des années 1930. Cela indique une sorte de période charnière, le commencement de l'accouchement médicalisé en institution hospitalière et non plus l'accouchement à domicile aidé de la sage-femme seule avec intervention du médecin quand cela reste nécessaire. Concernant les innovations médicales, celles-ci nous ont offert un véritable panel concernant leurs applications, leur durée et leurs mutations au cours d'un demi siècle. Il n'existe donc pas réellement de constance dans l'utilisation d'une simple thérapeutique ou d'une technique chirurgicale car elles sont en perpétuel renouveau et amélioration. Chaque école se fait sa propre opinion sur une thérapeutique quitte à l'expérimenter pour en apprécier l'efficacité ou non. Certaines pratiques restent comme l'éther et le chloroforme, d'autres ne dépassent pas le stade de l'expérimentation qui a généralement pour but un échange entre les médecins du pays.

Outre le côté médical, les archives médicales sont de véritables boîtes temporelles concernant aussi la population qui vient s'y faire soigner parfois

sur des aspects très intimes car cela touche leur intégrité à la fois physique et psychologique.

Nous n'avons fait ici que survoler les possibilités infinies d'une étude sur ces mères, enfants et professionnels de santé lors de leurs journées et nuits passées parfois dans la souffrance et devant aussi faire face à des dimensions politiques et sociales impactant leur quotidien.

RÉSUMÉ

À partir des archives médicales des registres d'accouchement de la clinique obstétricale de Bordeaux, notre étude s'intéresse à la place de l'institution au cœur du réseau de prise en charge des mères et des enfants ainsi qu'à l'analyse des innovations médicales dans les domaines de l'obstétrique, de la pédiatrie et de la chirurgie dans cette période charnière qu'est la première moitié du XX^e siècle.

SUMMARY

Based on the medical archives of the Bordeaux obstetric clinic's delivery registers, our study focuses on the institution's place at the heart of mothers and children's care network and on the analysis of medical innovations in the fields of obstetrics, pediatrics and surgery during the pivotal period of the first half of the 20th century.

NOTES

GALTIER-BOISSIERE., *Larousse Médical Illustré*, Paris, Librairie Larousse, 1924.

MAYGRIER C., SCHWAAB A., *Précis d'obstétrique (3^e édition)*, Paris, O. Doin et fils, 1927.

RIVIERE M., *Pathogénie et traitement de l'auto-intoxication éclamptique*, Bordeaux, 1888.

THEBAUD F., *Quand nos grand-mère donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, 1986.

VIDAL L., *Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques*, Paris, Office de vulgarisation pharmaceutique 1914-1943