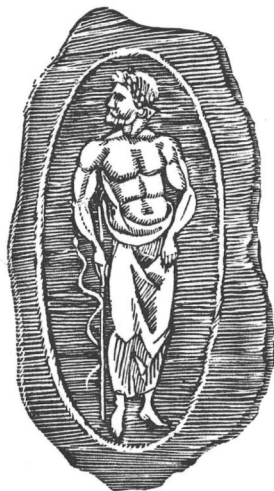


ISSN 0440-8888

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

ORGANE OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE



TRIMESTRIEL - TOME XVII - N° 1 - 1983

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

ORGANE OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

REVUE TRIMESTRIELLE
FONDÉE PAR LE D^r ANDRÉ PECKER

CONSEIL D'ADMINISTRATION
ET
COMITÉ DE RÉDACTION

MEMBRES D'HONNEUR

Doyen J.-P. KERNEIS, Docteur A. PECKER, Mademoiselle D. WROTNOWSKA

BUREAU

Président	Monsieur J. THEODORIDES
Vice-Président	Professeur R. RULLIERE
Secrétaire général	Docteur M. VALENTIN
Secrétaire général adjoint	Docteur P. DUREL
Secrétaire des séances	Docteur C. ROUSSEL
Trésorier	Monsieur P.-A. DELABY
Trésorier adjoint	Monsieur A. BRIEUX

MEMBRES

Professeur A. BOUCHET, Monsieur A. BRIEUX, Médecin-Général A. CAMELIN, Professeur J. CHEYMOL, Monsieur P.-A. DELABY, Médecin-Général L. DULIEU, Mademoiselle P. DUMAITRE, Docteur P. DUREL, Docteur E. GILBRIN, Professeur M.-D. GRMEK, Recteur P. HUARD, Madame J. IMBAULT-HUART, Professeur G. LANCHOU, Médecin-Général-Inspecteur P. LEFEBVRE, Madame G. LEGER, Médecin-Général-Inspecteur P. NIAUSSAT, Docteur C. ROUSSEL, Professeur R. RULLIERE, Madame J. SAMION-CONTET, Professeur J.-C. SOURNIA, Monsieur J. THEODORIDES, Docteur M. VALENTIN, Docteur Th. VETTER, Docteur P. VIAL.

LECTURE ET RÉDACTION

Délégués : Madame IMBAULT-HUART, Docteurs VALENTIN et DUREL

La correspondance est à adresser :

au Docteur Michel VALENTIN,
52, rue de Garches, 92210 SAINT-CLOUD - Tél. 771-84.42

Pour la rédaction :

au Docteur Pierre DUREL,
14, rue des Carmes, 75005 PARIS - Tél. 354-87.39

ABONNEMENTS — ADMINISTRATION — PUBLICITE

LES ÉDITIONS
4, RUE LOUIS-ARMAND



DE MÉDECINE PRATIQUE
92600 ASNIÈRES - Tél. 791 12-80



- toute la gamme des crédits: "de la télévision à la clinique"

- un minimum de formalités

- les taux les plus intéressants avec la

compagnie
médicale
de
cautionnement mutuel

CM2

30

boulevard
PASTEUR
Paris XV
566 48 65

SOMMAIRE

<i>Société française d'histoire de la médecine :</i>	
Compte rendu de la séance du 22 janvier 1983	5
Compte rendu de la séance du 19 février 1983	8
<i>Odonto-Stomatologie, de l'Impératrice Eugénie à Clemenceau</i>	13
par le Dr André Besombes.	
<i>Sur la fièvre miliaire ardente, à propos de la mort de Mozart</i>	23
par le Dr E. Barthelme.	
<i>L'œuvre de James Reilly</i>	29
par le Dr Ph. Decourt.	
<i>Evocation de l'exceptionnelle personnalité de James Reilly</i>	37
par le Pr Pierre Mollaret.	
<i>L'école des sages-femmes de Morlaix à la fin du règne de Louis XV et sous le règne de Louis XVI</i>	41
par le Dr Henri Stofft.	
<i>Le Médecin principal de 1^{re} classe Jean-Pierre Bonnafont (1805-1891). Sa place prépondérante dans l'histoire de l'endoscopie au XIX^e siècle</i>	63
par le Dr Alain Ségal.	

Suite page 4 →

SOMMAIRE (suite)

<i>Eléments pour une histoire de l'œdème pulmonaire</i>	71
par le Dr Charles Trocmé.	
<i>Sur les origines possibles de la ségrégation des Cagots</i>	85
par le Pr Yves Guy.	
<i>Une grande figure de la médecine et de la chirurgie françaises : Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré (1778-1857)</i>	95
par le Dr Jean-Jacques Peumery.	
<i>Les médecins français au Sseu Tch'ouan au début du XX^e siècle. L'Hôpital de Tch'eng Tou</i>	105
par le Dr Emile Gilbrin.	
<i>Ouvrages et publications reçus</i>	111
<i>Analyses d'ouvrages</i>	113

La cotisation annuelle à la Société française d'histoire de la médecine est, pour 1982, de 50 F et l'abonnement à la Revue « Histoire des sciences médicales » est de 200 F.

Paiement par chèque bancaire ou virement au C.C.P. Paris 2208-69, à l'ordre de la S.F.H.M. et adressé au Trésorier, M. P.-A. Delaby, 6, villa du Roule, 92200 Neuilly.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

SÉANCE DU 22 JANVIER 1983

La séance est ouverte à 16 heures par le Président Jean Théodoridès, premier président non médecin de notre Société, qui joint à ses vœux de bonne année plusieurs souhaits précis : accroissement des liaisons avec les autres sociétés, développement des séances thématiques, préparation du bicentenaire de la naissance de François Magendie.

Le Secrétaire général Valentin fait adopter le procès-verbal du 11 décembre 1982 et présente les excuses de MM. Cheymol, Kerneis, Lanchou, Julien, Robine, Schachter, Médecin-Général Hiltenbrand, A. Segal, Mme Sorrel-Dejerine et Mlle Wrotnoska.

On procède aux élections de :

- M. le Dr Roger Archaix, ophtalmologiste, ex-assistant des Quinze-Vingts, 12, place du Marché, 85200 Fontenay-le-Comte. (Parrains : MM. Bailliar et Théodoridès).
- M. René d'Ayrenx, 176, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris. (Parrains : Mmes Pedron et Martin).
- M. le Dr François Bonnet, Centre de recherches des laboratoires Fabre, 1, rue Paris. (Parrains : MM. Rulhière et de Vaux de Folletier).
- M. le Pr honoraire V.-B. Gauval, Docteur ès-sciences odontologiques et chirurgie dentaire, Président de la Société d'histoire de l'art dentaire, 34 rue Poulet, 75018 Paris.
- Mme le Dr Monique Decoisy-Develay, médecin chef de service de Pneumologie externe et Prévention, Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine, 75012 Gay-Lussac, 75005 Paris. (Parrains : MM. Le Bastard et Valentin).
- M. le Pr Louis Corcelle, agrégé d'ophtalmologie, ophtalmologiste des hôpitaux de Bordeaux, 16, rue d'Airau, 33000 Bordeaux. (Parrains : MM. Bregeat et Valentin).
- M. le Dr Yves Guy, docteur en médecine, docteur ès-sciences, maître de recherches à l'INSERM, Centre d'hématologie du CNRS (Purpan), et Institut pyrénéen d'études anthropologiques de Toulouse, 2, rue Jolimont, 31500 Toulouse. (Parrains : MM. Jacques Ruffié et Valentin).
- M. le Dr Jean-Pierre Liberman, 3, rue l'Alger, 75001 Paris. (Parrains : MM. Rul-
- M. le Dr Pierre Pilla, ancien chef de clinique de la Faculté de Strasbourg, chirurgien honoraire de l'hôpital d'Elbeuf, 38 bis, rue Jean-Jaurès, 76500 Elbeuf. (Parrains : MM. Marx et Valentin).
- Mme le Dr Mireille Saureil, 15, rue de la Procession, 75015 Paris. (Parrains : MM. Dulieu et Mandin).

- M. le Dr Henri Stofft, chef du Service gynécologie-obstétrique du C.H., Centre hospitalier de Fougères, 35305 Fougères. (Parrains : MM. Kerneis et Segal).
 - M. le Pr honoraire R. Warnault, secrétaire général de la Société d'histoire de l'art dentaire, 2, rue Georges-Janin, 92600 Asnières. (Parrains : MM. Angot et Vanier).
 - M. le Dr François Vidal, odontologiste, 28, rue Philippe-Hecht, 75019 Paris. (Parrains : MM. Huard et Grmek).
- Les candidatures suivantes seront soumises au vote de la prochaine séance :
- Mlle Christiane Lacombe, bibliothécaire au Ministère de la Recherche et de l'Industrie, 9, rue César-Frank, 75015 Paris. (Parrains : MM. Théodoridès et Valentin).
 - M. Bernard Lecuyer, professeur agrégé d'histoire, maître de recherches au C.N.R.S., sociologue, Institut d'histoire du temps présent, 80 bis, rue Lecourbe, 75015 Paris. (Parrains : MM. Goubert et Valentin).
 - Mme le Dr Viorica Gomoiu, membre de la Société internationale d'histoire de la médecine et de la Société française d'histoire de la pharmacie, ancienne secrétaire de la Société roumaine d'histoire de la médecine et du IX^e Congrès international, veuve du fondateur de la Société roumaine d'histoire de la médecine Victor Gomoiu, qui fut président de la Société internationale en 1937 ; 3, str. Architecte-Zagoritz, n° 3 Bucarest, sect. 2, 73284 Roumanie. (Parrains : MM. Chiran de Buczewski-Abdank et Pecker).

**

Le Secrétaire général précise que quelques exemplaires de la réédition 1964 des bulletins de notre Société en 1902, 1903 et 1904 sont encore disponibles à la librairie Alain Brioux, 44, rue Jacob, 75006 Paris.

Plusieurs réunions et congrès sont annoncés pour 1983 :

- 108^e Congrès national des Sociétés savantes, à Grenoble, du 5 au 9 avril.
- Congrès Stendhal, à la Sorbonne, du 26 au 28 avril.
- Création d'un Institut des sciences de la vie, rue d'Ulm.
- Congrès international des « Lumières », à Bruxelles, du 24 au 31 juillet.
- Centenaire de la Société française d'ophtalmologie, du 8 au 12 mai.
- Réunion avec le Bureau de la Société internationale le 4 juin, excursion historique le 5 juin.
- Exposition « La rue de Lille », à l'Institut néerlandais, 121 rue de Lille, 75007 Paris, organisé par MMmes Maurice Lamy et Béatrice de Andia.
- Exposition du bicentenaire de l'Hôtel de Salm, à la Grande Chancellerie de la Légion d'honneur.

**

Les ouvrages et publications reçus ayant été présentés, le Pr Rulhière annonce les thèses qu'il a présidées depuis décembre 1981 :

- Assoune Patrick. — « L'œuvre de Maimonide, Médecin judéo-arabe du XII^e siècle ».
- Duchesne Christine, épouse O'Hana. — « L'accouchement prématuré artificiel : son histoire, ses indications, ses méthodes (des origines à la fin du XIX^e siècle) ».
- Faure Sibylle, épouse Hibon. — « La ci-devant chapelle de l'Hôpital de la Charité, première clinique interne à Paris, des origines à nos jours ».
- Balaton André (médaille de bronze). — « L'avènement de l'auscultation et sa réception par le monde médical, en France et à l'étranger ».
- Butte Olivier. — « L'avortement à travers les âges ».
- Connault Thierry. — « Julien Jean Offray de Mettrie (1709-1751), sa vie, son œuvre, son temps ».
- Deshays Gilles (médaille de bronze). — « La tumeur de M. Charles Delacroix, ministre des Relations extérieures du Directoire ».
- Maître Odile. — « La notion de terrain : de l'empirisme au système H.L.A. ».
- Robert Bertrand (médaille de bronze). — « L'Hôpital des Vénériens de Paris. Sa place dans l'histoire de la syphilis ».
- Marie-Andrée Thomachot (mention Très bien) : « Chirurgie et chirurgiens parisiens au XVIII^e siècle. Thèse doctorat 3^e cycle (analysée dans ce numéro).

*
**

Et l'on en vient aux communications.

1. **Le Pr André Besombes** nous entretient d'« Odontologie et Diplomatie », de l'Impératrice Eugénie à Clemenceau.

L'extraordinaire réputation professionnelle de Thomas Evans le met en rapport avec Napoléon III et Eugénie. Son successeur Hugenschmidt peut ainsi procurer à Clemenceau le texte d'une lettre de Guillaume I^{er} à Eugénie qui — lors du traité de Versailles — fut déterminant pour permettre le retour de l'Alsace-Lorraine à la France.

Interviennent MM. Théodoridès, Delaby et Barthelme.

*
**

2. **Le Dr Eric Barthelme**, à propos de la mort de Mozart, analyse le diagnostic de fièvre miliary ardente mentionnée sur le certificat de décès de l'illustre compositeur par T.F. Closset, médecin néo-hippocratique viennois.

Interviennent MM. Théodoridès, Grmek et le Pr Rullière qui rappelle les antécédents pathologiques de Mozart, notamment articulaires et angineux, et leur rôle possible dans les causes supposées de son décès.

*
**

3. Présentant la communication suivante, **le Pr Pierre Mollaret** évoque la vie de James Reilly : premières difficultés, influence de sa bienfaitrice, carrière hospitalière interrompue par la Première Guerre mondiale, volonté délibérée de vivre

en toute indépendance, refusant les honneurs, se contentant de sa position de chef de laboratoire et de conseiller en épidémiologie. Il réservait à ses seuls proches collègues et amis son expression inoubliable de physiopathologiste génial et modeste.

Le Pr Rulhière montre une photographie de l'internat en 1913, représentant, à l'Hospice d'Ivry, James Reilly en compagnie de 5 collègues.

Le Dr Philippe Decourt donne alors lecture de sa communication sur l'œuvre de James Reilly dont l'analyse est rendue difficile par la modestie de l'homme. Un parallélisme avec Claude Bernard est évoqué. La physiopathologie de la fièvre typhoïde est précisée magistralement par l'expérimentation de Reilly. De nombreuses maladies relèvent du syndrome neuro-végétatif, dit phénomène de Reilly. Un symposium sur ce savant est à prévoir, projet auquel souscrivent aussitôt le Président Théodoridès et le Secrétaire général Valentin.

**

4. **Le Dr Henri Stofft** parle ensuite de l'école des sages-femmes de Morlaix, à la fin du règne de Louis XV. Contre le fléau des pseudo-matrones, cette école est fondée en 1773, sous le contrôle des recteurs des paroisses du Trégor et du Léon. Les accouchements ont lieu à l'hôpital. L'école et son manuel d'accouchement sont bilingues franco-bretons. Un statut particulier conforte les conditions d'exercice de ces sages-femmes jusqu'en 1778 sous l'impulsion de Bouestard de La Touche.

A une question du Pr Rulhière sur les causes de l'arrêt de cette école en 1778, le Dr Stofft évoque les difficultés financières de Bouestard.

Les Drs Valentin et Stofft précisent les sympathies communes entre Turgot et Bouestard, au cours de ces années prérévolutionnaires.

**

La séance est levée à 19 heures et la prochaine séance annoncée pour le samedi 19 février 1983.

Dr Claude Roussel.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1983

La séance est ouverte à 16 heures sous la présidence de M. Jean Théodoridès.

Le Secrétaire général Valentin fait adopter le procès-verbal de la séance du 22 janvier 1983 et présente les excuses de MM. Amalric, Angot, Ardiaise, Beer, Cheymol, Decourt, P. Huard, Kerneis, Lanchou, J.-F. Lemaire, ainsi que Mmes Dumaître, Lacombe, Nonclercq, Sorrel-Dejerine. Il annonce avec tristesse le décès du Dr Jean Jonchères, de Saintes, membre de notre Société.

Les candidatures soumises au vote de la prochaine séance ayant été annoncées, on procède aux élections de :

- M. le Pr Pierre Barbier, professeur honoraire de bactériologie à la Faculté, biologiste des hôpitaux, Directeur général de l'Institut Fournier, 5, rue du Puits-Grès, 97790 Boissy-sous-Saint-Yon. (Parrains : MM. Durel et Robert Fasquelle).
- Mlle le Dr Claire Ambroselli, médecin attaché à la Direction du Plan, directeur scientifique de l'A.D.D.M. (Association pour le développement de la documentation médicale), 16, passage Gambetta, 75020 Paris. (Parrains : MM. Sournia et Valentin).
- Mlle Gisèle Bretonneau, docteur ès-lettres (philosophie. Paris - 1973), historien-graphiste de Bretonneau, Le Pressoir, Saint-Michel, 45340 Beaune-la-Rolande. (Parrains : MM. Grmek et Valentin).
- Mme Geneviève Besombes, retraitée de services médicaux, chargée des relations sociales de Rhin-et-Danube, Paris XV^e, 59, boulevard de la République, 91450 Soisy-sur-Seine. (Parrains : MM. Valentin et Mme d'Andrée).
- Mlle Armelle Foulet, étudiante en médecine, 2, rue du Goëland, 35400 Saint-Malo. (Parrains : MM. Léonard et Valentin).
- Mme le Dr Viorica Comoiu, ancienne secrétaire de la Société roumaine et du IX^e Congrès international d'histoire de la médecine, 3 str. Architecte-Zagoritz, n° 3, sect. 2, 73284 Bucarest, Roumanie. (Parrains : MM. Pecker et de Buczewski-Abdank-Chiran).
- Mlle Christiane Lacombe, bibliothécaire au Ministère de la Recherche, 9 rue César-Frank, 75015 Paris. (Parrains : MM. Théodoridès et Valentin).
- M. Bernard Lecuyer, professeur agrégé d'histoire, maître de recherches au C.N.R.S., Institut d'histoire du temps présent, 80 bis, rue Lecourbe, 75015 Paris. (Parrains : MM. Goubert et Valentin).
- Mme Annyvonne Mercier, surveillante chef sage-femme au C.H. de Douarnenez, 9, résidence Tro-Ar-Host, Plovenez-Porzay, 29127 Plomodiern. (Parrains : MM. Kerneis et Valentin).
- M. le Dr Robert-Maurice Reynaud, ex-médecin du Travail, 25 avenue des Mimosas, 86100 Chatellerault. (Parrains : MM. Théodoridès et Valentin).

Des félicitations sont adressées à nos éminents collègues : M. de Vaux de Folletier qui a reçu la médaille de vermeil de la Ville de Paris et M. le Pr Schadewaldt, nommé membre de la Royal Society of Medicine de Londres.

Plusieurs réunions et congrès sont annoncés pour 1983 :

- Réunion sur l'histoire de l'Embryologie à l'Université de Nottingham, les 21 et 22 avril.
- Symposium sur la Médecine byzantine, du 29 avril au 1^{er} mai, à Dumbarton Oaks, Washington.
- Journées d'études à Montpellier sur le thème « Malades et maladies en Languedoc à l'époque moderne ».
- I^{er} Colloque d'Anthropologie médicale à Paris, au C.N.R.S., fin novembre 1983, sur le thème « Etiologie et perception de la santé et de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles ».
- Célébration du centenaire de la naissance de Georges Papanicolaou à Athènes, du 13 au 15 mai.

— II^e Congrès annuel sur l'histoire des sciences médicales, le 18 mars, au Wellcome Institute, à Londres.

Notre collègue, le Dr Claire Ambroselli, est chargée, avec l'accord du Ministère de l'Education nationale, de coordonner un projet de création d'un Institut des sciences humaines et des sciences de la vie. L'histoire des sciences tient une place importante dans ce séminaire où sont impliquées l'Ecole normale supérieure, l'Université Lyon-III, l'Ecole nationale de la santé publique et l'Université Paris-VI.

Le professeur Sournia présente et offre à la Société le remarquable volume de *l'Histoire des hôpitaux en France*, publié sous la direction du Recteur Jean Imbert. Il s'agit principalement d'une histoire administrative des hôpitaux au sein de laquelle il convient de souligner l'originale contribution de M. Michel Mollat sur la période médiévale.

Les ouvrages et publications reçus ayant été présentés, on en vient aux communications :

1. **Le Dr Alain Segal** démontre que le Médecin de marine Jean-Pierre Bonnafont fut le vrai réalisateur de l'endoscope conçu par Desormeaux, considéré généralement comme le père de l'Endoscopie. La latéralisation de la source lumineuse, prônée par Fresnel à Ségallas, est retrouvée ici dans l'otoscope de Bonnafont dont un pertuis du miroir réflecteur autorise une excellente vision. L'endoscopie otologique exploratoire et thérapeutique marque ici un temps essentiel de son développement.

A une question de M. Roussel sur les relations entre Fresnel et l'endoscopie, M. Segal indique que l'otoscope de Bonnafont fut conçu et réalisé sans la connaissance des travaux de Fresnel.

**

2. **Le Dr Charles Trocmé** retrace l'histoire de l'œdème pulmonaire hémodynamique et atelectastique. A côté des formes « historiques » — tuberculeuses, gaz de combat —, une place est réservée aux œdèmes pulmonaires lésionnels, de découverte plus récente.

M. Théodoridès intervient pour rappeler les travaux de Coryllos sur l'atélectasie des cavernes tuberculeuses.

Le Pr Rullière rappelle que l'on peut attribuer à Richard Lower, en 1669, la première description clinique et physiopathologique de l'œdème pulmonaire dans l'insuffisance ventriculaire gauche.

M. Trocmé précise que Robert Bree ne cite pas Lower mais confirme que l'école anglaise fut effectivement dans ce domaine plus physiologiste que l'école française.

**

3. **Le Dr Yves Guy** parle des Cagots, groupe de personnes marginalisées dans le Sud-Ouest de la France pendant plusieurs siècles. Les nombreux procès, interdits, surtout religieux et parfois cruels, rapportés depuis le XI^e siècle montrent qu'ils posaient des problèmes sociaux. Leur origine est discutée : descendants d'hérétiques, lépreux ou descendants de lépreux, ou encore idiots des villages et crétins goitreux.

Le Pr Sournia précise que les Cagots ou Caquets ou Caqueux ne relèvent d'aucune maladie ni stigmat physique identifiable, et sont en fait le témoin d'un groupe d'exclus que la société secrète volontiers à toutes les époques.

A propos des Itas, Corroyeurs proches de Kyoto, et des petits Blancs de la Guadeloupe cités par M. Goubert, le Pr Ruffié confirme l'origine psycho-sociologique de ces isolats.

**

4. **Le Dr Jean-Jacques Peumery** évoque Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré (1778-1857), chirurgien en chef des Armées, campagne de Russie sous le 1^{er} Empire, puis campagne d'Algérie en 1830. Il exerça à Calais à partir de 1831 et soigna avec dévouement les premières victimes du choléra sur le sol français en 1832 et en 1848.

Interviennent M. Théodoridès pour souhaiter une étude approfondie des 384 pages de la thèse de Mauricheau-Beaupré et M. Valentin qui donne communication d'une lettre du Dr André Malingarbe concernant précisément cette thèse de 1817 sur les propriétés du froid après la campagne de Russie.

**

5. **Le Dr Emile Gilbrin** parle de l'Ecole impériale de médecine militaire de Tch'eng Tou.

Créée par notre Consul et par le Dr Legendre, elle fut dirigée par des Français de 1903 à 1908. Ayant débuté avec 12 étudiants, elle en comptait 100 en 1908, après des concours où plus de 1 400 candidats s'étaient présentés. Des médecins français ont continué à y enseigner et à y travailler jusqu'à la Seconde Guerre mondiale.

**

La séance est levée à 18 h 30 et prochaine séance annoncée pour le samedi 19 mars 1983.

Dr Claude Roussel.

**Alain
BRIEUX**

48, rue Jacob
75006 PARIS
Tél. 260 21-98

**LIVRES
ET
INSTRUMENTS
SCIENTIFIQUES
ET
MÉDICAUX
ANCIENS**

ACHAT - VENTE
EXPERTISE - PARTAGES

Odonto-Stomatologie et Diplomatie de l'Impératrice Eugénie à Clemenceau*

par André BESOMBES **

L'extraordinaire réputation professionnelle de Thomas Evans, de ses associés et successeurs, les mit en relations étroites avec le couple impérial et les Cours européennes.

Ainsi Evans, envoyé en mission d'information, déterminera la décision d'abstention de l'Empereur lors de la guerre de Sécession. Plus tard, il servit de liaison entre l'Empereur, prisonnier en Allemagne, et l'Impératrice qu'il avait conduite en exil en Angleterre; puis il identifia le cadavre du Prince impérial.

Hugenschmidt fournit la lettre de Guillaume I^{er} à Eugénie (26.X.1870) permettant à Clemenceau de triompher de l'obstination de Wilson et Lloyd George et d'obtenir le retour de l'Alsace-Lorraine à la France (traité de Versailles, 1919).

La place de tout premier plan prise à Paris, dès la fin de la première moitié du XIX^e siècle, par les dentistes américains, explique pourquoi ces confrères, familiers des hautes sphères de la Société tant parisienne qu'étrangère, eurent, en plus d'une renommée professionnelle méritée, une influence importante dans les milieux artistiques, scientifiques, politiques et aussi... d'affaires.

* Communication présentée à la séance du 22 janvier 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 17, avenue Niel, 75017 Paris.

Si excellente était la réputation des dentistes français dans la période suivant la mort de Pierre Fauchard (1761), qu'on les demandait de partout. C'est ainsi que plusieurs d'entre eux, partis avec les troupes de La Fayette et Rochambeau, s'installèrent aux jeunes Etats-Unis d'Amérique, y appelèrent d'autres confrères et y formèrent des élèves qui, peu à peu, dépassèrent leurs maîtres et, par un juste retour, émigrèrent en Europe au début du XIX^e siècle.

Alors qu'en France l'exercice de l'art dentaire, exclu de toute réglementation puisqu'oublié par la loi de mars 1803, était libre et l'enseignement inexistant, cet enseignement s'était peu à peu organisé aux Etats-Unis où le Collège de Baltimore fut fondé en 1839 par Harris et Mayden.

Dès 1840, dentiste américain, le docteur Cyrus Brewster, s'installa à Paris. Sa compétence médico-chirurgicale, une grande habileté dans les interventions firent que, quelques années plus tard, Brewster, débordé, avait réalisé un des cabinets les plus réputés de la Capitale. Parmi ses patients, les plus distingués membres de la Société, y compris le nouveau Prince-Président Louis-Napoléon et son entourage. Le snobisme n'était pas la seule raison du succès des « Américains », comme les nommaient avec autant d'amère raillerie que d'envie, leurs concurrents français, insuffisants, mais jaloux de leur réussite.

Thomas Evans naquit à Philadelphie, le plus jeune des trois garçons et trois filles, le 23 décembre 1823. A 14 ans, l'apprentissage chez un orfèvre-fondeur qui fabriquait aussi des instruments dentaires, le mit en contact avec quelques dentistes éminents et lui donna l'idée d'entrer dans la profession. En 1841, il devint « apprenti » chez le docteur John De Haven White, y resta deux ans, délai nécessaire pour l'obtention de « l'attestation de compétence » et du droit d'exercer.

Pratiquant à Maryland puis à Lancaster, il suivit en 1844 et 1845 des cours du Jefferson Medical College de Philadelphie et obtint un Certificat de chirurgie. Il se fit bientôt une réputation d'expert dans l'emploi de l'or pour les obturations dentaires. Une démonstration de sa technique au Franklin Institute de Philadelphie lui valut une récompense, confirmant son talent. Ce qui poussa le docteur John Clark, médecin retraité de Philadelphie, mais vivant à Paris, à lui conseiller d'aller, accompagné de sa jeune femme, exercer à Paris. Il y restera 50 ans ! En novembre 1847, il devient, à 24 ans, associé du docteur Brewster. Puis, d'accord avec lui, il ouvre son propre cabinet, en 1850, 15, rue de la Paix.

La première présentation d'Evans au Prince-Président de la Deuxième République eut lieu en 1849, lorsque le Prince envoya au docteur Brewster un messenger lui demandant de venir d'urgence à l'Elysée pour l'y soigner.

Brewster, malade, envoya Evans pour le remplacer.

* Agnès Joséphine Doyle, de Philadelphie, épousée en 1843, mourra à Paris en juin 1897. Th. Evans mourra le 14 novembre 1847.

Là commence l'aventure... c'est-à-dire le contraste entre la vie simple d'une enfance vécue en une ville alors de moyenne importance, en la rigide doctrine religieuse de la foi Quaker et l'étiquette sophistiquée de la Cour impériale, les réceptions officielles et leur cérémonial, le milieu international. Et ce n'était qu'un début : Evans et ses associés et successeurs furent les dentistes des familles régnantes européennes. Neuf à notre connaissance : France, Allemagne, Angleterre, Autriche, Espagne, Suède, Danemark, Hollande, Russie (trois tsars successifs).

Evans a décrit sa première rencontre avec le Prince-Président :

« Il me reçut très gentiment, sans la moindre indication qu'il s'attendait à voir quelqu'un d'autre, me mettant ainsi parfaitement à mon aise. Je vis qu'une opération mineure était nécessaire qui, une fois accomplie, lui donna grand soulagement. En me quittant, le Prince me remercia très cordialement, en louant ma douceur d'intervention et exprima le désir de me voir le jour suivant. Je le revis souvent sur un plan professionnel. De ce jour jusqu'au jour de sa mort, je lui rendis souvent visite, car nos relations, de professionnelles, devinrent rapidement amicales et même confidentielles. »

Ainsi, les liens d'une amitié durable furent établis. Evans sera celui qui en donnera le plus de preuves. Il sera d'un dévouement et d'une fidélité exemplaires, souvent non exempts de danger, jusqu'à son dernier jour.

Bornons-nous à mentionner le voyage aventureux lors de la fuite de l'Impératrice Eugénie et son installation en Angleterre (4-8 septembre 1870) dont le récit non dépourvu de pittoresque, grossi des retrouvailles avec le Prince impérial à Brighton, dépasserait les limites qui nous sont accordées. Les détails, qui nous sont bien connus, mettent en évidence l'« engagement » total d'Evans au service du couple impérial.

En effet, sitôt l'Impératrice installée à Chislehurst (aux environs S.-E. de Londres), à 20 minutes de Charing Cross, elle supplie Evans de tenter de rejoindre l'Empereur prisonnier, après Sedan, au château de Wilhelmshöhe (embelli par Jérôme, roi de Westphalie). Pour accéder auprès du prisonnier, Evans se rend tout d'abord à Berlin, voit la reine Augusta, qui fut sa patiente. Celle-ci facilite le voyage, allant jusqu'à faire retenir les places dans les trains. A Wilhelmshöhe, Evans voit l'Empereur, lui donne des nouvelles et est chargé de messages pour l'Impératrice. Il met à profit son voyage pour visiter les camps de prisonniers, les champs de bataille de Sarrebruck, les hôpitaux de Metz. Il retournera en Angleterre, via Bruxelles, où il est reçu par le Roi et la Reine, puis par la princesse Mathilde (1820-1904), fille de Jérôme, donc cousine de Napoléon III, qui eut un salon très brillant sous le Second Empire. Sur les interventions des personnages rencontrés par Evans au cours de cette mission, Eugénie réussit à se rendre auprès de Napoléon captif. La guerre finie, Evans retournera souvent à Chislehurst revoir Napoléon et Eugénie. Il y revint notamment en 1872, appelé par Napoléon pour donner son avis sur le choix du chirurgien appelé à pratiquer la fatale lithotritie et il traversera la Manche pour suivre, le 15 janvier, les obsèques de son ami, mort au matin du 9 janvier 1873.

Le rôle d'Evans durant la guerre de Sécession (1861-1865) montre à quel point l'Empereur avait confiance en Evans et combien furent, en cette occasion, profitables la prudence de l'Empereur et le choix de son messager (on dirait, aujourd'hui, « envoyé spécial » !).

Au cours de cette guerre civile américaine, la France et l'Angleterre firent, à plusieurs reprises, connaître leur intention d'observer la neutralité entre Nordistes et Sudistes.

Cependant, certains hommes d'Etat anglais désiraient voir reconnaître l'indépendance des Etats du Sud. Ils pressèrent Napoléon de se joindre à eux. Au cours des entretiens qu'il avait, presque chaque jour, en tête à tête avec Evans, l'Empereur s'efforçait de compléter ses informations sur l'issue de la guerre qui paraissait incertaine, notamment après la bataille de la Wildersee et l'échec des premiers mouvements du général Grant contre Richmond, capitale des Sudistes. Il demanda à Evans d'accepter de partir en mission pour le renseigner aussi exactement que possible. Il entendait réserver sa décision jusqu'au retour de son envoyé.

Dès son arrivée à New York, le 23 août 1864, Evans rencontra le président Lincoln puis, à City-Point, le général Grant et d'autres généraux nordistes, persuadés que la guerre allait bientôt finir en leur faveur. Puis il visita les Sudistes.

Ayant déployé beaucoup de diplomatie, Evans revint à Paris, convaincu, et fit partager son opinion par l'Empereur qui ne donna pas suite à une éventuelle reconnaissance des Confédérés.

L'amitié des Etats-Unis et de la France se trouva ainsi heureusement préservée. On ne peut qu'admirer la finesse d'Evans acquérant la confiance des belligérants, passant d'un camp à l'autre et sachant pronostiquer à qui sourirait la victoire... si triompher de ses compatriotes peut s'appeler ainsi !

Avec Alfred Hugenschmidt (1862-1929) nous atteindrons les premières décennies du XX^e siècle.

Napoléon III, marié depuis 1853 à Eugénie, s'autorisait quelques liaisons ! De l'une d'elles, il eut en 1862 un fils naturel. Désireux d'éloigner cet encombrant témoin, il le plaça dans la famille d'un garde-chasse qui lui donna son nom : Hugenschmidt. A la demande de Napoléon III, Evans avait accepté de s'occuper du jeune Alfred, son « pupil » (terme anglais employé) qui, sitôt terminées ses études secondaires, partit en Amérique où il conquist, en 1885, le grade de docteur en chirurgie dentaire de l'Université de Pennsylvanie. Un prix lui est décerné pour ses travaux de recherche et pour sa thèse. Désireux de compléter ses connaissances médicales, il obtient en 1887 le grade de docteur en médecine de cette même Université.

De retour en France, il exerce pendant plusieurs années comme associé d'Evans appelé alors le « dentiste des Cours ». Conjointement à cet exercice, il travaille pendant longtemps à l'Institut Pasteur où il prépare sa thèse de

doctorat français : *Sur l'état expérimental des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des microbes pathogènes.*

Cette période et les suivantes sont magistralement décrites, après sa mort, par son vieil ami et successeur, le docteur Léon Monier.

Hugenschmidt fut toujours reconnu comme un étudiant de grand mérite tant en Amérique qu'en France. W.S. Davenport Jr rapporte à ce sujet :

« Je l'ai entendu dire : " Je n'ai jamais pu m'accoutumer à une frayeur nerveuse lors des examens. J'en ai passé quarante et le dernier fut aussi pénible pour moi que le premier ! " . »

L'union entre Evans et Hugenschmidt fut très profonde et durable. Elle contribua à attirer à eux les plus importantes personnalités d'Europe et persista quand Hugenschmidt s'installa 21, boulevard Malesherbes où défilèrent, à titre professionnel et amical, toutes les notabilités de l'aristocratie, de la finance, des arts et des sciences dont beaucoup étaient ses amis intimes. Ainsi Pasteur, Roux, Claude Monet, Clemenceau, Poincaré, Doumergue et encore : le roi Léopold, l'impératrice Eugénie, etc. Son rôle important de conseiller des ministres et ambassadeurs est bien connu. Beaucoup de problèmes internationaux ont été discutés au travers de ses connaissances et de son influence sur les hommes au pouvoir.

Il trouvait du temps seulement pour soigner ses patients sympathiques, dont il était le confident, le conseiller. Pour les autres, il les répartissait parmi les jeunes praticiens moins fortunés que lui.

Comme l'avait été Evans, Hugenschmidt fut chargé, durant la Grande Guerre (Première Guerre mondiale) de plusieurs missions à l'étranger. Ayant dépassé l'âge de la mobilisation, il s'occupa d'œuvres de bienfaisance et de propagande pro-alliée. Dès 1914, il étudia, avec le professeur Gabriel Bertrand, la question des gaz de combat et, durant toutes les hostilités, fit partie de la Commission instituée à cet effet.

Toute son activité scientifique et de recherche mériterait d'être exposée... Toute sa « Maison » consistait en un unique domestique fidèle qui prenait soin de son cabinet et de son logis de célibataire, musée de souvenirs de l'Empire, dont beaucoup ont, depuis, enrichi les collections de la Malmaison.

L'Impératrice, qui connaissait son existence, n'avait pas tenu à le voir jusqu'après la mort de son fils (1879), moment auquel elle demanda à le connaître et où il lui fut présenté. Elle le regarda longuement et murmura : « Comme vous lui ressemblez : » Puis elle le prit en amitié et réclama ses visites tant à Farnborough que dans d'autres résidences. Elle lui donna beaucoup de souvenirs de l'Empereur et de sa famille. Ayant toute confiance en son attachement, elle suivit toujours ses conseils concernant les sujets les plus divers.

Octave Aubry, dans sa *Vie de l'impératrice Eugénie*, le dépeint :

« Ce gentleman raffiné et charmant tenait de près à Napoléon III. »

A ses obsèques, un ami résuma bien sa vie :

« Un parfait gentilhomme, généreux et serviable, l'honneur de sa profession, nous a quittés. »

Parmi les familiers et « patients » d'Hugenschmidt nous avons mentionné Clemenceau. Au cours des négociations pour l'établissement du Traité de paix (Versailles, 28 juin 1919) mettant fin à la Première Guerre mondiale, Clemenceau, pris de violentes douleurs, se rendit chez Hugenschmidt qui, après examen, ne put que proposer la suppression de la dent causale. Attendant l'action de l'anesthésie locale, le praticien interroge :

— « L'Alsace-Lorraine va bien nous être rendue ? »

— « Hélas, répond le Tigre, j'en doute... Wilson et Lloyd George prétendent que l'Alsace et la Lorraine sont pays à mentalité allemande, de race germanique, de langue allemande. Vous pensez bien que j'ai discuté vivement, moi qui ai été un des députés protestataires en 1871 ! »

Hugenschmidt, attaché à la région où s'est déroulée son enfance, réfléchit durant qu'il procède à l'avulsion, puis déclare à Clemenceau :

« J'ai le souvenir précis d'avoir vu, chez l'Impératrice, en réponse à sa protestation, une lettre par laquelle Guillaume I^{er} (avec, certainement, l'accord de Bismarck) reconnaissait que l'Alsace et la Lorraine étaient territoires français, mais qu'il les annexerait pour des raisons stratégiques de sécurité. »

Clemenceau aurait alors bondi : « Il faut que vous m'ayez cette lettre ! » Hugenschmidt ayant calmé les scrupules de Clemenceau (qui, vieux Jacobin, adversaire de l'Empire, naguère maire de Montmartre, hésitait à demander par écrit cette fameuse lettre), partit le soir même pour Farnborough où il remit le message de Clemenceau à l'Impératrice. Elle le lut, très émue. « Que ne ferais-je pour la France »... et elle donna la lettre datée du 26 octobre 1870, de Guillaume I^{er} (texte ci-après).

Madame,

J'ai reçu la lettre que Votre Majesté a bien voulu m'adresser et qui a évoqué des souvenirs du passé que je ne puis me rappeler sans regrets !

Personne plus que moi ne déplore le sang versé dans cette guerre qui, Votre Majesté le sait bien, n'a pas été provoquée par moi.

Depuis le commencement des hostilités, ma préoccupation constante a été de ne rien négliger pour rendre à l'Europe les bienfaits de la paix, si les moyens m'en étaient offerts par la France. L'entente aurait été facile tant que l'empereur Napoléon s'était cru autorisé à traiter, et mon Gouvernement n'a même pas refusé d'entendre les propositions de Jules Favre et de lui offrir les moyens de rendre la paix à la France. Lorsque, à Ferrières, des négociations parurent être entamées au nom de Votre Majesté, on leur a fait un accueil empressé, et toutes les facilités furent accordées au maréchal Bazaine pour se mettre en relation avec Votre Majesté et, quand le général Boyer vint ici, il était possible d'arriver à un arrangement si les conditions préalables pouvaient être remplies sans délai.

Mais le temps s'est écoulé sans que les garanties indispensables pour entrer en négociations eussent été données. J'aime mon pays, comme vous, Madame, vous aimez le vôtre ; et je comprends les amertumes qui remplissent le cœur de Votre Majesté, et j'y compatis bien sincèrement. Mais, après avoir fait d'immenses sacrifices pour sa défense, l'Allemagne veut être assurée que la guerre prochaine la trouvera mieux préparée à repousser l'agression sur laquelle nous pouvons compter, aussitôt que la France aura réparé ses forces ou gagné des alliés. C'est cette triste considération seule, et non le désir d'agrandir ma patrie, dont le territoire est assez grand, qui me force à insister sur des cessions de territoire qui n'ont d'autre but que de reculer le point de départ des armées françaises qui à l'avenir viendront nous attaquer.

Je ne puis juger si Votre Majesté était autorisée à accepter au nom de la France les conditions que demande l'Allemagne, mais je crois qu'en le faisant, Elle aurait épargné à Sa patrie bien des maux et l'aurait préservée de l'anarchie qui aujourd'hui menace une nation dont l'Empereur, pendant vingt années, avait réussi à développer la prospérité !

Veillez croire, Madame, aux sentiments avec lesquels je suis de Votre Majesté
le bon frère
GUILLAUME.

Versailles, le 26 octobre 1870.

Réponse de Guillaume I^{er} à la protestation de l'impératrice Eugénie.

Ce document permit à Clemenceau, lorsqu'il revit Wilson et Lloyd George, de poser à nouveau la question de l'Alsace-Lorraine.

« Inutile, répondirent ses interlocuteurs, nous avons déjà perdu trop de temps à en discuter. C'est une affaire définitivement liquidée. »

« Seriez-vous plus Allemands que Guillaume I^{er} et Bismarck ? », leur demanda alors Clemenceau en brandissant la lettre et en la lisant.

Devant cet argument de poids, les deux hommes d'Etat furent contraints de s'incliner : l'Alsace-Lorraine redevint française.

Quelques jours après, lors d'une séance solennelle à la Sorbonne, Clemenceau lut la lettre salvatrice en présence des ambassadeurs alliés. Il ne manqua pas non plus d'adresser, au nom de la France, des remerciements à l'Impératrice qui en fut heureuse et très touchée.

L'Impératrice avait, d'autre part, écrit à Hugenschmidt dès qu'elle connut l'attentat de Cottin contre Clemenceau (19 février 1919) :

« Je suis horrifiée de la nouvelle et très anxieuse. Car, dans un moment comme celui-là, un homme énergique, modéré et sachant ce qu'il veut est nécessaire. Je ne puis m'empêcher d'être excessivement inquiète. »

(Musée Georges Clemenceau, rue Franklin, Paris).

Par ces lignes, Eugénie montre son attachement à la France. Rendons-lui hommage et félicitons-nous que, survivant 47 ans à son auguste époux, elle ne mourut que le dimanche 11 juillet 1920...

Si les dentistes américains à Paris, et Evans en particulier, étaient jalouxés de leurs confrères français car trop appréciés de leur clientèle cosmopolite continentale, Maud Andrew, correspondant spécial (*Atlanta Constitution*) écrivait, de Paris, en 1899 :

« Le trait de l'américanisme transocéanique qui fait la plus grande impression sur le nouvel arrivant est la haute position sociale que les dentistes américains, ici et dans d'autres capitales européennes, semblent avoir atteinte. Tout jeune Américain qui désire de hautes choses, qui soupire après la séduction des Cours et les sourires des belles Ladies qui les ornent, n'a qu'à venir ici comme dentiste. Il peut non seulement se présenter aux Cours étrangères comme ayant réparé les ravages dentaires faits par le temps sur les Princes et les Potentats, mais il peut même être mêlé à des affaires d'Etat. »

Sans doute trouverons-nous exagérée la peinture enthousiaste de la journaliste américaine, mais les succès d'Evans avaient de quoi faire rêver... Un des premiers ressortissants étrangers décoré à titre civil de la Légion d'honneur, il reçut 56 décorations d'ordres étrangers les plus divers ! Familier des régnants européens, le sultan de Turquie Abdul Medjij y compris, il jouissait d'une prodigieuse réputation, non seulement par une pratique fabuleuse, mais par les conseils les plus divers qui lui étaient demandés, vu sa connaissance, unique, des milieux internationaux.

Nous devons lui savoir gré d'avoir, par son exemple, incité la profession dentaire française de son époque à provoquer, enfin, l'obtention d'un statut et d'un enseignement. Par son action, il a suscité une émulation entre les praticiens des deux pays amis pour le plus grand bien de leur population. Et, si nous avons pu lire dans le volume d'histoire qui nous fut offert par le Doyen de l'Ecole de médecine dentaire lors d'un de nos récents voyages aux U.S.A., un substantiel chapitre intitulé : « The French Connection : Thomas W. Evans », nous avons pensé que cette « filière française » était plus honorable pour nos deux pays que la « French Connection » de la drogue, éventée par... la police des U.S.A. !

Si Condorcet a pu écrire :

« La gloire dépend bien souvent du succès et le succès du hasard », le succès d'Evans et d'Hugenschmidt dépendit plus de leurs multiples grands talents que du hasard et leur gloire est bien méritée.

NOTES

Sans entrer dans des détails excessifs, nous pensons devoir exposer, pour les lecteurs non spécialisés, les faits les plus saillants concernant Evans et Hugenschmidt.

EVANS

— Soigner les dents de Napoléon III était difficile. Il avait, par hérédité maternelle, ses dents très délicates. Evans s'exprime ainsi : « D'une hyperesthésie marquée, il souffrait beaucoup de la moindre inflammation et était sujet aux hémorragies... J'arrivais presque toujours à le soulager. Il détestait qu'on lui fit mal, aussi usais-je de précau-

tions... En plusieurs occasions, je fus assez heureux pour le soulager presque instantanément... »

— Evans était aussi adroit qu'inventif. C'est ainsi qu'il expérimenta le caoutchouc vulcanisé, tout récemment découvert par Goodyear, l'utilisant pour les plaques-bases des prothèses ; qu'il construisit un des premiers articulateurs pour le montage des prothèses ; employa en orthodontie des bagues munies de tubes horizontaux recevant l'extrémité des arcs ; préconisa une nouvelle formule d'amalgame (bientôt abandonnée, vu l'opposition, justifiée, des dentistes des U.S.A.).

— Evans introduisit dans la pratique européenne l'utilisation de protoxyde d'azote. Etant membre du Jury international pour la grande Exposition de Paris en 1867, Evans invita C.Q. Colton à apporter d'Amérique son équipement à protoxyde d'azote pour des démonstrations. Après la fermeture de l'Exposition, Evans persuade Colton de s'associer à son Cabinet. Le protoxyde d'azote y fut administré avec succès à plus de 100 patients au cours de l'hiver 1867-1868. Evans administra lui-même le protoxyde pour l'extraction des dents en Angleterre où l'emploi du « gaz anesthésique » se généralisa.

— Ingénieux et habile (n'oublions pas son « apprentissage »), il fut appelé en consultation par le médecin du Kronprinz Frédéric, héritier du trône d'Allemagne, qui souffrait d'un « cancer de la gorge » (tels furent les termes employés) et avait de grandes difficultés à respirer. Evans décida de pratiquer une trachéotomie et fabriqua, sur place, une canule à l'aide de deux pièces d'argent françaises de 5 francs... à l'effigie de Napoléon III - La mise en place de cette canule provoqua à l'opéré un soulagement immédiat.

— Très attiré par la recherche en des domaines très différents, Evans fut correspondant régulier de plusieurs journaux professionnels américains et anglais (*The Lancet*) et établit le premier journal américain publié à Paris, *The American Register*, qui continua plus de 30 ans.

Sa fortune, considérable, ne provenait pas seulement de la profession, mais de fructueuses transactions immobilières, grâce aux renseignements anticipés qu'il obtenait sur les projets d'Hausmann concernant l'urbanisme parisien.

Il utilisa cette fortune en philanthrope généreux. Avec sa femme, il créa, à l'intention des jeunes filles américaines travaillant à Paris, le « Lafayette Home for girls », s'occupa de l'éducation de ses neveux et d'enfants adoptés. Enfin, à la fin de sa vie, il légua sa grande fortune à l'Université de Pennsylvanie où un Institut et Musée seront fondés.

— Premier Président, fondateur avec Spaulding de l'American Dental Club of Paris, il y recevra son élève, premier praticien non américain, Hugenschmidt.

— Son rôle humanitaire le poussera à tenter d'améliorer le sort des blessés et malades après ce qu'il avait vu sur les champs de bataille de Crimée (1854-1856), de la guerre de Sécession et de celle de 1870. Pour cela, il conçut et présenta des véhicules ambulances (wagon et voiture) et divers matériels. Il publia en 1873 une *Histoire de l'Ambulance américaine établie à Paris pendant le siège de 1870-1871* et un rapport, *Tentes et ambulances et des institutions militaires en Europe*. En relation avec Henri Dunant, il contribua à la fondation de la première Convention de Genève de la Croix-Rouge, avec une grande générosité.

— Un grand attrait pour la littérature, freiné par ses multiples occupations et voyages, le poussa à écrire une longue introduction aux *Mémoires* d'Henri Heine et, en 1884, *La chute du Second Empire*. Ayant installé Mery Laurent, ancien modèle de l'atelier de Manet, dans une villa du boulevard Lannes où elle tenait un salon, il y rencontrait Mallarmé, Coppée, Becque et nombre d'écrivains et artistes.

HUGENSCHMIDT

Hugenschmidt, après avoir exercé auprès d'Evans, reprit le cabinet du docteur Crane (qui joua le rôle du médecin anglais lors de la fuite de l'impératrice Eugénie) 21, boulevard Malesherbes.

Professionnellement, il publia des rapports sur l'hygiène publique aux Etats-Unis, sur l'enseignement médical et dentaire, également aux U.S.A.

Dès le début de l'utilisation de la cocaïne, il fit de nombreuses expérimentations sur cet anesthésique.

En physiologie, il étudia l'action expérimentale du bromhydrate d'hycocine, de l'acide cyanhydrique, etc., sur la circulation du sang.

Il écrivit le chapitre « Stomatologie » du *Traité de thérapeutique* d'Albert Robin.

Il fut un des premiers à étudier scientifiquement la pyorrhée alvéolaire et l'implantation des dents.

Diplomate né, il était d'une grande discrétion, tenant secrètes les confidences nombreuses qu'il recueillait sur les plans les plus divers. Il faisait montre de la même discrétion quant à ses fastueuses donations, au musée de la Malmaison notamment, et quant au bien qu'il faisait autour de lui : détresses secourues, jeunes gens aidés à poursuivre leurs études, confraternité, philanthropie.

Sa personnalité, pour avoir été moins étudiée que celle d'Evans, vu sa proximité dans le temps, a cependant un rayonnement non moins égal.

The extraordinary professional reputé of Thomas Evans, his associates and successors, brought him into close relations with the Imperial couple and the European Courts.

Thus it came about that Evans, sent as special envoy to inform the Emperor, was a major influence in the Emperor's decision to remain neutral at the time of the Civil War. Later, it was through Evans that the Emperor, taken prisoner in Germany, and the Empress-whom Evans himself had conducted to England, where she remained in exile-were able to communicate. And it was again Evans who identified the body of the Imperial Prince.

Hugenschmidt produced the letter of October the 26th 1870 from William I to Eugénie, which Clemenceau used as an argument to pressure Wilson and Lloyd George to yield on the return of Alsace and Lorraine to France (treaty of Versailles, 1919).

BIBLIOGRAPHIE

- ASBELL Milton B. — « A Century of Dentistry. An History of the University of Pennsylvania School of Dental Medicine 1878-1978 ». On y trouve, p. 47 4 57 : « The french Connection » Th. Evans.
- BRANCH Antony. — « Le docteur Evans et les dentistes américains à Paris ». - *Bulletin of Dentistry*, vol. 24, n° 2, octobre 1978.
- CARR Malcom Wallace. — « Thomas W. Evans. Sa vie et son influence dans le développement de la dentisterie en tant que profession reconnue ». - Conférence du Grand amphithéâtre de la Sorbonne à la mémoire de Fauchard et d'Evans. 22 juin 1978.
- CHARENTON Maurice. — « Le docteur Evans, dentiste de Napoléon III, et les dentistes de son époque ». - Thèse doctorat en médecine, 1936. - Ed. Le François.
- Sans nom d'auteur. — « Le docteur Evans, confident de Napoléon III ». - *Le Chirurgien-Dentiste de France*, 2 mars 1978, p. 69 à 71, d'après « Cal », juillet 1977.
- DAVENPORT Jr W.S. — « Les dentistes américains pionniers en France et leurs successeurs ». - *American Dental Club*. Conférence du 8 octobre 1965, et *Revue d'histoire de l'art dentaire*, 1965, III, p. 99 à 116.
- EDWARDS Aré. — « The Edwards Family-Generations of Dentists ». - *The Bulletin of the History of Dentistry*, vol. 27, n° 2, octobre 1979, p. 99 à 103.
- MONIER Léon. — « Arthur Hugenschmidt ». - *Revue de Stomatologie*, t. XXXI, n° 11, novembre 1929, p. 793 à 796.
- SOYER. — « Le Dentiste Evans et l'histoire du Second Empire ». - *Revue française d'Odonto-Stomatologie*, n° 8, octobre 1954, p. 1133 à 1149 ; n° 9, novembre 1954, p. 1281 à 1289.

Sur la fièvre miliaire ardente

X A propos de la mort de Mozart *

par E. BARTHELME **

Selon son certificat de décès — lequel fut probablement rédigé par le médecin néo-hippocratique viennois T.F. Closset — W.A. Mozart a succombé à une fièvre miliaire ardente. L'analyse de ce diagnostic conduit l'auteur à y reconnaître un type particulier de fièvre, initialement décrit par Hippocrate. Une correspondance est établie entre les symptômes définissant cette affection et la notion moderne de syndrome infectieux sévère. L'exposé s'achève sur une discussion, très brève, du problème étiologique.

W.A. Mozart est mort à Vienne le 5 décembre 1791. Sur son certificat de décès est inscrit le diagnostic de « fièvre miliaire ardente ». On retrouve cette information dans le Registre des défunts de la cathédrale Saint-Etienne, dans le livre des morts de la paroisse Saint-Stéphan, ainsi que dans quelques-uns des journaux parus à Vienne en ce même mois de décembre 1791. La dernière mention qui en est faite se trouve dans la biographie rédigée par G.N. von Nissen, publiée à Leipzig en 1828.

Les différentes sources qui viennent d'être énumérées ne font que citer, sans aucun commentaire, une cause de décès par elle-même peu explicite, et à laquelle on a peu prêté attention. Le but du présent travail est donc de

* Communication présentée à la séance du 22 janvier 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** Avec la collaboration, pour la présentation de la communication, du docteur P. Métais ; Dr Barthelme, Centre hospitalier, 1, place Philippe-de-Vigneulles, 57038 Metz Cedex.

tenter de préciser le contenu de cette notion de fièvre miliaire ardente, dans le contexte particulier de la Vienne des années 1780-1790.

C'est au praticien ayant assisté Mozart au cours de la maladie qui devait l'emporter, qu'il faut attribuer le diagnostic figurant sur son certificat de décès. Le texte d'une expertise du docteur Guldener von Lobes sur les circonstances de sa mort et les témoignages de sa belle sœur Sophie Haibel, rapportés par Nissen, permettent d'établir que le compositeur avait été soigné, à la fin de l'année 1791, par le docteur T.F. Closset. Ce dernier est donc très vraisemblablement l'auteur du diagnostic de fièvre miliaire ardente(1).

T.F. Closset (1754-1813) était arrivé à Vienne en 1777, pour y suivre l'enseignement de M. Stoll, dont la renommée était alors très grande : ce médecin était en effet considéré comme l'un des plus éminents représentants de l'ancienne Ecole de Vienne. La réforme d'une Faculté jusque-là peu brillante avait été conduite par G. Van Swieten, à l'instigation de l'impératrice Marie-Thérèse qui l'avait fait venir des Pays-Bas en 1745. Cet ancien privat-docent de la Faculté de Leyde sut s'adjoindre dans son entreprise des hommes nouveaux, tels A. de Haen (1704-1776) qui venait aussi de Leyde, ou M. Stoll (1742-1787) qui, lui, était originaire de la Souabe. A travers eux s'exerça très fortement l'influence de H. Boerhaave (1668-1738) et donc celle du néo-hippocratismes dont le Hollandais avait été, en son temps, l'un des promoteurs. Le néo-hippocratismes était un courant médical né au milieu du siècle précédent, qui marquait un retour à l'esprit empiriste de l'Ecole coaque et de la médecine hellénistique, en réaction contre les dogmes du galénisme. M. Stoll, que les témoignages de l'époque présentent comme un sectateur de Sydenham et un fervent admirateur des Anciens, succéda en 1776 à A. de Haen à la tête de l'Ecole de Vienne. Il était donc devenu à l'époque où il enseignait Closset, l'un des chefs de file du mouvement néo-hippocratique en Europe. Quant à celui qui devait devenir le médecin de Mozart, il resta à Vienne après la fin de ses études et devint assistant de Stoll à l'Hôpital Général. A la mort de ce dernier, son disciple était devenu un médecin accompli, l'un des plus renommés et des plus recherchés de la capitale autrichienne. L'étroite collaboration des deux hommes, et les écrits médicaux qu'a laissés Closset témoignent de la profonde influence que les idées de son maître eurent sur lui. Ce brillant élève de Stoll fut sans nul doute un néo-hippocratiste convaincu.

Nulle part, dans les ouvrages médicaux de l'Age classique appartenant à ce courant néo-hippocratique, il n'est possible de retrouver de description de la fièvre miliaire ardente sous cet intitulé précis ; la difficulté, qui a conduit certains biographes de Mozart à dénier toute valeur au diagnostic qui nous occupe, trouve sa solution dans l'observation suivante : les textes

(1) Ce qui vient d'être exposé à propos de l'attribution du diagnostic de la maladie mortelle de Mozart au docteur Closset est emprunté à Carl Baër(1).

de l'époque distinguent, conformément aux idées médicales du temps, d'une part, le mouvement fébrile sous sa forme générale avec tout le cortège des symptômes qui peuvent s'y associer — tremblement fébrile, vomissement fébrile, etc. — et, d'autre part, des fièvres particulières dont la description repose sur un certain nombre de caractères fondamentaux — fièvres inflammatoires, bilieuses, etc. Cette division, au demeurant peu claire, mais qui sera explicitée plus loin, conduit à reconnaître, sous l'appellation de fièvre miliaire ardente, une maladie et un symptôme. La maladie est rangée parmi les fièvres particulières, sous le nom de fièvre ardente — Le Kausos des Grecs — le symptôme parmi les exanthèmes fébriles, sous celui d'exanthème miliaire. Les premières descriptions de la fièvre ardente, citées dans les livres hippocratiques, sont très semblables à celles que l'on retrouve dans les textes du XVIII^e siècle traitant du même sujet.

On peut déduire de ces faits que :

— le diagnostic de fièvre miliaire ardente se décompose en deux parties — l'une, principale, qui donne à la maladie ses caractères fondamentaux et que désigne l'expression « fièvre ardente », l'autre, accessoire, qui correspond à l'éruption miliaire ;

— le concept de fièvre ardente, d'origine coaque, s'intègre logiquement dans le courant médical néo-hippocratique de l'Age classique. On peut donc admettre que Closset le connaît bien. Ceci est parfaitement compatible avec l'hypothèse selon laquelle ce praticien est l'auteur du diagnostic de la maladie à laquelle a succombé Mozart.

Voici comment Stoll décrit la maladie :

« La fièvre ardente, fréquente, dangereuse et difficile à guérir, appartient aux fièvres continues rémittentes. Les symptômes sont une chaleur presque brûlante au toucher ; très ardente vers les régions vitales... allumant l'air même expiré ; une respiration dense, essoufflée ; la langue sèche ; une soif inextinguible ; le dégoût des aliments ; les nausées, les vomissements ; l'anxiété, l'inquiétude, une lassitude extrême, le délire, la phrénésie, le coma ; les convulsions ; les exacerbations les jours impairs. »

L'évolution est présentée de la façon suivante :

« Elle est souvent mortelle le troisième ou le quatrième jour ; elle passe rarement le septième si elle est parfaite... ; elle se résout souvent en une hémorragie... ; l'urine noire, peu abondante, ténue, est mortelle dans cette maladie... ; le refroidissement des extrémités est très mauvais... ; avec le tremblement (la fièvre) passe au délire, de là à la mort. »

L'exanthème fébrile miliaire est présenté de la façon suivante : « Il ressemble à la semence de millet et s'unit à toute espèce de fièvre. » Stoll tente de démontrer expérimentalement le caractère strictement symptomatique de ce type de lésion : « J'ai cherché, écrit-il à développer par inoculation les plus mauvaises pétéchies et la miliaire ; mais je n'ai pu remarquer aucune contamination. » Son prédécesseur, de Haen, estimait déjà que « les éruptions miliaires n'étaient jamais que symptomatiques ». Il avait observé qu'elles s'étaient faites plus rares à l'Hôpital général, du jour où un contrôle des vêtements, des lits, du chauffage des chambres, avait été institué, ce qui permettait donc d'attribuer une bonne partie de ces lésions cutanées au manque d'hygiène.

Closset adhère à cette conception de l'importance secondaire de la miliaire dans un contexte fébrile. « Le but premier, écrit-il, n'est pas de guérir l'éruption, mais la fièvre elle-même, dont l'éruption n'est que conséquence. » Il est intéressant de noter que cette éruption survient sur un terrain particulier :

— Stoll reprend l'idée de Hamilton selon laquelle ces accès sont particulièrement fréquents chez les sujets dont la constitution est fragile, surtout s'ils sont déjà affaiblis par des évacuations — particulièrement par des saignées ;

— pour d'autres (2), un terrain rhumatismal en favorise également le développement.

Comment se traite, à l'époque de Mozart, une fièvre ardente associée à une éruption miliaire ?

Stoll souligne que « la diversité du traitement dans la fièvre miliaire... doit être prise de la diversité de la fièvre même ». Le traitement de la fièvre miliaire est donc celui de la fièvre ardente elle-même.

La plupart des auteurs néo-hippocratiques préconisent, à quelques variantes près, la même attitude thérapeutique, à savoir : une diète alimentaire, des boissons en abondance, des saignées, des lavements et des révulsions. Stoll donne quelques précisions sur les modalités d'application de ce protocole : le patient doit bénéficier « d'un air frais, pur, souvent renouvelé » ; les repas doivent être faits d'aliments légers, les boissons être abondantes ; la saignée est indiquée au début de la maladie et si « des symptômes urgents et difficiles à surmonter par un autre remède l'exigent » ; les lavements sont prescrits selon « la force de l'ardeur, la sécheresse du ventre » ; enfin, les révulsions sont utilisées aux endroits où inflammation et congestion sont particulièrement marquées.

Pour répondre à la question de savoir s'il est encore possible, aujourd'hui, d'accorder une signification quelconque à un diagnostic tel que celui de fièvre ardente, il faut réfléchir à la façon dont les médecins du XVIII^e siècle appréhendaient ce problème des fièvres. J'emprunte à M. Foucault l'ensemble des remarques qui vont suivre sur ce sujet. A cette époque, la fièvre était regardée comme une réaction de défense de l'organisme vis-à-vis d'un processus pathogène, un signe non de la maladie, mais de la résistance à la maladie. Sur ce fond de finalité, écrit Foucault, le mouvement de la fièvre et son mécanisme s'analysent facilement. Ils sont dans tous les cas sustentés par trois caractères fondamentaux :

— le mouvement de la fièvre, sous sa forme générale, recouvre exactement le mécanisme des inflammations locales ;

— le système circulatoire et le sang qu'il véhicule représentent le support

(2) En particulier Von Sallaba, élève de Stoll et ami de Closset, qui l'appellera au chevet de Mozart mourant, le 28 novembre 1791. A noter que le concept de rhumatisme — créé par Guillaume de Baillou (1538-1616), l'un de ceux qui contribuèrent à la naissance et aux premiers développements du courant néo-hippocratique — s'appliquait à cette époque à toutes les fluxions articulaires.

organique fondamental de ce processus fébrile, en même temps que le lien qui unit fièvres locales et fièvres générales ;

— enfin, le phénomène de la chaleur est loin de constituer l'essentiel du processus fébrile ; le mouvement du sang, les impuretés dont il se charge, ou celles qu'il expurge, les engorgements ou les exsudations qui se produisent indiquent ce qu'est la fièvre dans sa nature profonde : cela permet de reconnaître, sous le processus général de l'hyperthermie, différents types de fièvres que définissent leurs qualités propres ; l'analyse de la fièvre sous sa forme générale conduit ainsi par un glissement de sens et de niveau conceptuel, à la reconnaissance d'un nombre considérable de fièvres particulières qui se distinguent tantôt par le mécanisme circulatoire de leur genèse, tantôt par le principal symptôme non fébrile, tantôt par l'organe sur lequel porte l'inflammation, ou encore par les formes qu'elles revêtent et leurs modalités évolutives.

La fièvre ardente rentre, à l'évidence — sa dénomination même l'indique — dans cette dernière catégorie. La définition du type de la maladie repose, en effet, exclusivement sur des données sémiologiques que l'on peut regrouper comme suit :

— celles qui témoignent de l'intensité du syndrome fébrile : l'hyperthermie, que Stoll qualifie de « chaleur presque brûlante », continue, avec accès paroxystique ; la déshydratation cellulaire (3) ;

— celles qui en soulignent la gravité : la déshydratation cellulaire encore, dont l'importance est indirectement soulignée par la place de choix faite aux apports hydriques dans le protocole thérapeutique ; l'évolution dont les caractères — épisodes hémorragiques, troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma, signes de choc, marche rapide conduisant habituellement à l'exitus en huit à quinze jours — évoquent un syndrome malin des maladies infectieuses.

Il y a une unité certaine entre ces différents groupes de symptômes et ce qui a été dit à propos de la conception des fièvres à l'Age classique permet de les considérer, non pas comme une description exhaustive de la fièvre ardente, mais comme ce qu'elle a de plus constant et de plus essentiel. Il n'est pas sans importance pour l'interprétation que cette maladie soit caractérisée par sa symptomatologie et ses modalités évolutives, et que cet ensemble de données paraisse homogène du point de vue de la médecine moderne. L'ancien « kausos » apparaît ici comme un syndrome infectieux sévère. Les manifestations que les médecins du XVIII^e siècle regardaient comme secondaires et inconstantes, tiennent vraisemblablement à l'une ou l'autre des multiples causes que ce même syndrome peut reconnaître. Mais elles sont trop pauvrement décrites pour qu'il soit possible d'en tirer des renseignements d'une utilité quelconque. Et en fin de compte, le seul fil directeur à peu près sûr que l'on puisse suivre est représenté par le syndrome infectieux sévère décrit précédemment.

Cette base clinique, bien que très étroite, permet de discuter, d'une part,

(3) Les Anciens faisaient de la soif un signe cardinal de la maladie ; pour Galien, il s'agissait même d'un signe pathognomonique.

les fièvres aiguës septicémiques et certains aspects des fièvres prolongées, d'autre part, quelques-unes des fièvres aiguës infectieuses. Le diagnostic de septicémie est sans doute le plus probable, si l'on se réfère à la fois à la symptomatologie et à l'argument de fréquence ; l'hypothèse d'une fièvre prolongée compliquée — due, par exemple, à une suppuration profonde — peut également être envisagée ; celle d'une fièvre infectieuse aiguë du genre fièvres éruptives, lesquelles évoluent en règle favorablement, est la moins vraisemblable.

Sous cette fièvre miliaire ardente dont est décédé Mozart, selon le docteur Closset, il est donc possible de reconnaître un diagnostic néohippocratique typique, celui de fièvre ardente. Les signes cliniques qui définissent cette affection évoquent par leur cohésion et leur gravité un syndrome infectieux sévère. Parmi les nombreuses étiologies possibles d'un tel syndrome, celle de fièvre aiguë septicémique paraît le plus plausible. Quant à la miliaire, le fait qu'elle soit explicitement mentionnée dans le diagnostic permet simplement d'affirmer que le compositeur a présenté une éruption cutanée d'une certaine importance, lors de sa dernière maladie.

Il ne semble pas possible d'aller au-delà de ces quelques conclusions un peu sommaires. Si vagues qu'elles soient, elles constituent néanmoins un cadre nosologique relativement solide dans lequel les faits particuliers relatifs à la mort de Mozart sont susceptibles de prendre une dimension nouvelle.

Analysis of the "miliary ardent fever" to which W.A. Mozart's death was ascribed by his physician T.F. Closset from Vienna who was a neo-hippocratist.

Referring to the death certificate — which was probably written by the viennese neo-hippocratist physician T.F. Closset — W.A. Mozart died from an "ardent miliary fever". The author, analyzing this diagnosis, recognizes a particular type of fever, which was first described by Hippocrate. A relationship between the symptoms of this disease and the modern notion of acute infections syndrome is proposed. Then the possible causes are briefly summarized.

BIBLIOGRAPHIE

1. BÄR Carl. — « Mozart Krankheit Tod. Begräbnis ». - *Schriftenreihe der internationalen Stiftung Mozarteum*, Salzburg, 1966.
2. FOUCAULT Michel. — « Naissance de la Clinique » - 4^e édition, Paris, P.U.F., 1978.
3. NEUBURGER Max. — « Das alte medizinische Wien in zeitgenössischen Schilderungen », - Wien und Leipzig, Moritz Perles, 1921.
4. NISSEN Georg Nikolaus (von). — « Biographie W.A. Mozarts ». - Leipzig, 1828.
5. STOLL Maximilian. — *Heilungsmethode in dem practischen Krankenhaus zu Wien*. - 2 Bände, Breslau, 1794.
6. STOLL Maximilian — « Aphorismes sur la connaissance et la curation des fièvres ». - Traduction de J.N. Corvisart, Paris, 1797.



L'œuvre de James Reilly *

par Philippe DECOURT **

L'œuvre, géniale à bien des égards, du plus grand médecin du XX^e siècle est aujourd'hui presque ignorée. De multiples raisons expliquent cette méconnaissance de découvertes essentielles dans l'histoire de la médecine. Elles furent à l'origine de créations thérapeutiques importantes. Comme Bovet, prix Nobel de médecine, le lui avait suggéré il y a longtemps, l'auteur pense que l'heure est enfin venue d'un symposium sur l'œuvre de Reilly.

L'œuvre, géniale à bien des égards, du plus grand médecin du XX^e siècle est aujourd'hui presque ignorée. De multiples raisons expliquent cette méconnaissance de découvertes essentielles, souvent fondamentales, dans l'histoire de la médecine. La première est qu'en dehors de courtes notes (d'ailleurs relativement peu nombreuses) dans des Sociétés scientifiques, Reilly a présenté ses principaux travaux dans de longs *Mémoires* qui paraissaient dans les *Annales de Médecine* dont le tirage était très restreint. Pour des causes financières, les *Annales de Médecine* ont disparu. En dehors des *Archives internationales Claude Bernard* où nous publions des études et des documents parfois de grande étendue (et qui concernent surtout l'histoire des sciences), je ne connais plus de revue de langue française acceptant de grands *Mémoires*). Même les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, qui publiaient des discussions très longues à l'époque de Pasteur, ne comportent plus que des *Notes* obligatoirement très courtes.

* Communication présentée à la séance du 22 janvier 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 84 ter, chaussée de l'Etang, 94160 Saint-Mandé.

Malgré leur importance, les *Mémoires* de Reilly étaient donc peu lus.

Une autre raison est que la pensée de Reilly ne cessait de se développer suivant un rythme très lent, parce qu'il n'eut jamais de collaborateur rémunéré, les crédits de recherche dont il disposait étant extrêmement minimes. Tous ceux qui vinrent travailler dans son laboratoire, à l'hôpital Claude-Bernard, furent des bénévoles. Ils se constituaient habituellement en équipes de deux, chacune venant travailler à jour fixe, une ou deux fois par semaine, dans l'après-midi (les matinées étant entièrement réservées aux analyses pour les malades de l'hôpital). Les principaux travaux de Reilly se déroulaient ainsi selon de grandes idées directrices dont il était difficile, sinon impossible, d'isoler des fragments. Pour en suivre régulièrement le cours, il fallait étudier régulièrement les publications de l'auteur, et celles-ci s'étaient sur de longues périodes.

Une autre raison encore fut l'extrême modestie de Reilly, une modestie presque pathologique dont je donnerai des exemples. A mon avis, celle-ci accompagnait la conscience de la valeur de ses recherches, car il était assez intelligent pour en comprendre parfaitement l'intérêt. C'était, pour lui, une affaire de dignité.

Cette absence de vanité fit que, souvent, il ne signait pas des publications dont il était l'auteur. Il rédigeait lentement et très soigneusement. Ses vacances pouvaient être consacrées presque entièrement à la rédaction d'un *Mémoire*. Il lui arrivait alors de réserver l'honneur de la publication à plusieurs de ses collaborateurs bénévoles. Ils insistaient pour que son nom figure en tête des signataires, mais il s'entêtait. Une bibliographie complète de ses œuvres devra contenir des publications qu'il n'a pas signées.

On peut expérimenter de bien des façons. Claude Bernard était un physiologiste. Il disait lui-même qu'il était peu médecin. Au contraire, Reilly était avant tout un clinicien, le médecin dont la préoccupation principale est d'établir un diagnostic juste. Dans ses études expérimentales il observait, examinait, raisonnait comme il le faisait au lit du malade quand on venait — ce qui arrivait souvent — lui demander son avis. Il avait commencé sa carrière à l'Institut Pasteur et, dans ses recherches sur les maladies microbiennes, il possédait une science parfaite des techniques de laboratoire. Mais il savait n'en pas rester prisonnier, car il voulait comprendre pourquoi une même cause peut avoir des effets différents et pourquoi, au contraire, des maladies d'origines différentes peuvent se manifester par les mêmes troubles fonctionnels ou les mêmes lésions. L'entité « maladie » est moins rigide qu'on le supposait.

En 1922, Reilly prend la direction du laboratoire central que l'Assistance publique venait de créer à l'hôpital Claude-Bernard, siège de la clinique des maladies contagieuses. Là convergent des malades atteints de maladies infectieuses venant de toute la région parisienne et bien au-delà. De plus en plus, ses recherches vont s'orienter vers l'étude du mécanisme des maladies d'origine microbienne. Ses observations et des idées neuves lui permettent de rectifier des notions classiques, d'ouvrir des voies nouvelles. Ici apparaît

la parenté intellectuelle de Claude Bernard et de Reilly, malgré les différences de formation, d'orientation et d'époque. En août dernier, au symposium de l'Académie internationale d'histoire de la médecine, dans une communication sur *Claude Bernard et les statistiques médicales* (en cours d'impression), j'ai cité les nombreux textes où il s'élève contre l'usage des statistiques dans les recherches médicales. Non seulement elles sont inutiles, mais peuvent être nuisibles. « L'emploi des moyennes en physiologie » ne donnent pas d'idées, et elles apportent « une fausse précision en détruisant le caractère biologique des phénomènes ». J'en ai donné des exemples caractéristiques.

Toute son œuvre montre que Reilly partageait entièrement l'opinion de Claude Bernard. Il ne cherchait pas à établir des statistiques. Pour lui, comme pour Claude Bernard, une « moyenne » ne signifie pas grand-chose. Elle montre surtout que des facteurs pathogéniques ou étiologiques restent inconnus, et masquent trop souvent les faits qui mériteraient le plus d'être étudiés. En effet, les cas qui n'entrent pas dans le cadre des connaissances classiques ou dans les grands nombres des statistiques, que j'appelle volontiers des « cas marginaux », sont a priori les plus intéressants pour la recherche, car ils indiquent que l'on se trouve en présence d'énigmes non identifiées. Ce sont les cas inhabituels qui posent des problèmes.

L'œuvre de Reilly ne peut pas être résumée. On ne peut en donner que des aperçus avant d'entreprendre une étude systématique. Par exemple, il avait prévu que si, un jour, on trouvait un médicament capable de détruire les germes typhiques, il faudrait être très prudent parce que la destruction des germes libérerait leur endotoxine. Les malades pourraient être guéris rapidement de la fièvre typhoïde, mais ils seraient morts. Ce fut effectivement ce qui se produisit quand, beaucoup plus tard, furent découverts et essayés les premiers antibiotiques actifs sur les germes typhiques.

On entre parfois dans un domaine étrange. Parmi d'autres exemples, je songe maintenant à ses travaux sur le rôle du système nerveux végétatif dans l'immunité. Il avait déjà montré que, contrairement à l'opinion communément admise jusqu'alors, ce n'est pas dans l'intestin, et particulièrement dans les plaques de Peyer, que les germes typhiques se développent au début de la maladie en provoquant ainsi les ulcérations et les hémorragies intestinales qui sont les grandes complications de la fièvre typhoïde. Il avait montré que les germes, après avoir traversé l'intestin, gagnent les ganglions lymphoïdes où ils se multiplient lentement, se détruisent en partie. L'endotoxine alors libérée au contact des fibres nerveuses sympathiques provoque à distance (point capital) les lésions intestinales, et c'est par la voie nerveuse que l'action nocive est transmise. On croyait jusqu'alors, après de nombreuses tentatives, qu'il était impossible d'inoculer la fièvre typhoïde aux animaux, même en inoculant des quantités massives de germes, même en les injectant directement dans le sang, alors que les germes s'y développent normalement chez l'Homme, comme le montrent les hémocultures.

Reilly pense alors que l'état réfractaire des animaux aux germes du groupe typhique n'est pas obligatoirement d'origine humorale, mais plus

probablement en rapport avec une résistance localisée de certains tissus. Dans ces conditions, il était donc possible que les animaux résistent à la maladie simplement parce que les germes ne peuvent franchir la barrière intestinale. Il se pourrait que, portés directement dans les ganglions lymphatiques correspondants, ils puissent y trouver des conditions favorables de développement. Et c'est effectivement ce qui se produit. Reilly et ses collaborateurs obtinrent ainsi *pour la première fois une fièvre typhoïde expérimentale chez l'animal*, avec toutes ses phases caractéristiques. Cette transmission de la maladie fut obtenue dans de très nombreuses espèces animales, et de façon courante, même avec un nombre de germes infime. Alors que l'on n'avait pas pu transmettre une maladie caractéristique avec 10 *centimètres cubes de culture* d'un germe typhique, ils obtenaient constamment une maladie caractéristique avec *un milliardième de centimètre cube* d'une culture de bacille paratyphique B. Ils transmirent la maladie même avec *un seul bacille*. Reilly montrait aussi que l'on peut reproduire les lésions intestinales de la fièvre typhoïde *sans microbe*, par la stimulation électrique du nerf splanchnique.

C'est alors que l'idée vint à Reilly qu'une légère excitation du nerf splanchnique pourrait peut-être, en stimulant l'activité des cellules réticulaires du système lymphatique, empêcher la multiplication et l'essaimage des germes microbiens. Il montra que si l'on inocule une petite quantité de bacilles dans un ganglion mésentérique de lapins, tous les animaux meurent après une fièvre typhoïde type. Mais si, dans les 10 à 15 minutes qui suivent l'inoculation, on stimule le nerf splanchnique pendant 10 à 12 secondes avec un courant faradique faible, tous les animaux survivent, ils ne sont même pas malades. Ainsi l'immunité peut être créée par un simple courant électrique. Au contraire, si l'on utilise un courant électrique plus intense, ou si l'on attend au lendemain alors que les microbes se sont multipliés, non seulement l'électrisation n'assure pas la survie, mais elle entraîne la mort plus rapidement que chez les témoins. Je regrette de ne pouvoir raconter en détail toutes les expériences de Reilly et ses collaborateurs sur le sujet et les conséquences que l'on a pu en tirer. Je me borne à indiquer qu'elles apportèrent notamment une explication de ce que l'on appelait les « maladies de sortie ». Ici même, dans la séance du 15 mai dernier, j'ai rappelé comment, avec Jean Schneider, nous avons découvert la fameuse « forme X ». Je puis révéler que cette phase mystérieuse du cycle plasmodial que l'on avait cherchée vainement depuis la fin du XIX^e siècle, nous l'avons, en partant des études faites dans le laboratoire de Reilly sur les « maladies de sortie », découverte en huit jours.

A partir de 1934, les recherches de Reilly montrèrent que de nombreux agents d'agression peuvent provoquer des lésions analogues ou identiques à celles que l'on découvre dans les maladies infectieuses : intoxications chimiques variées, agents physiques divers, traumatismes, etc. Ainsi, à côté des lésions ou troubles *spécifiques* qui sont propres à certaines causes déterminées, il existe un beaucoup plus grand nombre de lésions ou troubles *non spécifiques*. Ses études intéressent alors toute la pathologie. C'est à l'ensemble de ces troubles pathologiques non spécifiques que j'ai attribué

la dénomination générale de « phénomènes de Reilly », en hommage au chef de l'école qui a le plus contribué à les individualiser, à en montrer l'importance dans la pathogénie de nombreuses maladies et à préciser le rôle primordial du système nerveux viscéral dans leur éclosion.

En ce qui concerne ce dernier point, l'un des faits essentiels qui fut démontré par Reilly et ses collaborateurs est, en effet, que les fibres nerveuses du système dit « végétatif » sont *beaucoup plus sensibles que tous les autres tissus* à l'action nocive de nombreux corps chimiques ou autres agents d'agression. Ce mécanisme nerveux explique la non-spécificité de la réaction : les nerfs réagissant toujours d'une façon identique à une excitation, quel que soit l'agent (chimique ou physique) qui provoque le phénomène de conduction nerveuse, les réactions qui sont déclenchées par l'intermédiaire du système nerveux revêtent obligatoirement une allure commune quel que soit l'agent d'agression. Bien entendu, malgré cette absence de spécificité réactionnelle, les troubles peuvent prendre un aspect différent lorsque la *localisation* anatomique, la *violence*, la *durée* de l'agression varient. L'atteinte nerveuse, initiale et essentielle, entraîne à son tour une série de réactions indirectes dans l'organisme, et en particulier une forte réaction endocrinienne (surtout par l'intermédiaire de l'excitation hypophysaire, elle-même déterminée par l'intermédiaire du mésocéphale).

De multiples expériences réalisées par nous en collaboration, et par d'autres, ont montré en particulier que des sels d'or, d'arsenic et de nombreux autres médicaments de formules chimiques plus ou moins complexes, *sont beaucoup plus toxiques* si on les dépose au contact des fibres nerveuses appartenant au système végétatif. Par exemple, une dose très faible, *très inférieure à la dose minimum toxique* par toute autre voie (y compris la voie veineuse qui est normalement la voie d'administration classique la plus dangereuse), suffit pour provoquer des lésions graves et même mortelles si on la dépose au contact d'un nerf splanchnique.

Nous avons pu montrer aussi, par le même procédé expérimental, que l'on peut *sensibiliser l'organisme* avec des doses bien plus faibles que celles qui sont nécessaires pour sensibiliser l'organisme par toute autre voie.

Nous avons pu montrer également que cette sensibilisation peut être obtenue *à distance*, sans contact du produit avec les tissus qui seront ensuite hypersensibilisés : par exemple, on peut sensibiliser l'ensemble de l'organisme en mettant une *dose non toxique* à l'intérieur d'un « sac veineux » (obtenu par une double ligature d'un fragment de veine jugulaire), alors que le produit est ainsi séparé de tout le reste de l'organisme. Dans ce cas, l'effet à distance est communiqué par l'intermédiaire des fibres nerveuses de l'endothélium vasculaire.

De nombreuses thèses importantes furent préparées dans le laboratoire de Reilly. Chacune faisait connaître un point particulier de la pathologie et de ses mécanismes. La monographie de Reilly et ses collaborateurs sur le rôle du système nerveux végétatif dans la pathologie rénale est un modèle.

En 1951, je publiai un petit ouvrage sous le titre *Phénomènes de Reilly* qui suscita des analyses parfois longues, surtout en France et en Allemagne. A cette époque, Daniel Bovet (qui reçut le prix Nobel de physiologie et médecine en 1957) me fit part de son désir de connaître Reilly. En novembre 1951, il m'écrivit une lettre montrant l'étendue des sujets abordés par Reilly : « J'ai effectivement vu Reilly qui m'a reçu dans son laboratoire de façon charmante ; j'ai été très vivement intéressé par son étude sur l'invagination intestinale. Et, d'autre part je voudrais être allergologue pour reprendre ses idées sur le rôle des ganglions dans l'établissement de l'immunité et de l'anaphylaxie.

« Et pourtant, t'avouerai-je que tout son « phénomène » qui m'éblouit d'une si lumineuse clarté lorsque lui-même — ou toi, tu — l'expose, je n'en trouve plus aussi bien l'emploi quand je pense aux problèmes de la thérapeutique, et aux questions que j'ai moi-même à résoudre dans mon laboratoire. »

En mars 1952, il m'écrivait : « L'heure est venue d'un symposium Reilly. » Depuis, plus de 30 ans ont passé sans que rien soit fait dans ce sens. Pourtant, Bovet avait raison, et aujourd'hui, plus encore qu'autrefois, une discussion des travaux de Reilly aurait un intérêt exceptionnel. Je crois néanmoins que l'organisation d'un symposium suivant les normes classiques (réunion d'un petit nombre de personnes pendant deux ou trois jours) ne serait ni facile ni même utile. Il faudrait d'abord que l'œuvre de Reilly soit mieux connue. Avant d'en discuter, il me paraît indispensable d'en exposer progressivement les principaux aspects. Notre ami et président Jean Théodoridès m'a déjà fait part de son désir d'exposer le contenu du premier grand travail scientifique de Reilly : sa volumineuse thèse pour le doctorat en médecine sur les spirochétoses. Présentée en 1919, elle était basée sur des observations et études de laboratoire réalisées quand il était jeune médecin militaire pendant la guerre 1914-1918.

Avant de terminer, il faut rappeler que l'œuvre de Reilly sert de point de départ à des recherches et inventions thérapeutiques importantes, d'autant plus que les idées les plus fausses sont couramment publiées sur ces sujets. Au dernier Congrès international d'histoire de la médecine (en septembre 1982), j'en ai résumé l'essentiel sous le titre : *Comment l'étude des phénomènes de Reilly conduisit à la création de la thérapeutique antihistaminique, à la chlorpromazine et à la thérapeutique chimique des maladies mentales* (en cours d'impression).

Je n'ai pu donner aujourd'hui qu'une idée générale, beaucoup trop succincte, de l'œuvre de Reilly. Je souhaite cependant que les quelques brefs aperçus cités aient été suffisants pour éveiller l'attention sur une part essentielle de l'histoire de la médecine. Faute de la connaître, des recherches fécondes ont été prématurément interrompues. Nous le verrons plus tard. On ne doit pas croire que l'histoire des sciences représente une simple curiosité de l'esprit.

The scientific work full of genius in many ways of the greatest physician of the 20th century is to-day almost neglected. Many reasons explain this ignorance of discoveries which are essential in the history of medicine. They were the basis of important therapeutic creations. As Bovet, Nobel Prize of Medicine has suggested him a long time ago, the author thinks that it is now time to organize a Symposium on Reilly's achievements.

BIBLIOGRAPHIE

On ne peut donner une bibliographie, même très brève, des travaux de Reilly et de ses élèves et collaborateurs dont l'œuvre est directement liée à la sienne. On pourra en trouver une grande partie dans les deux références suivantes :

DECOURT (Ph.). — « Etudes et Documents : Phénomènes de Reilly ». - Un vol. distribué par la Librairie Maloine, 1951, Paris.

En anglais :

BUXTON HOPKIN (D.A.) et LAPLANE (R.). — « James Reilly and the autonomic nervous system. A prophet unheeded ? ». - Annals of the Royal College of Surgeons of England, vol. 60, March 1978, p. 108-116.

Evocation de l'exceptionnelle personnalité de James Reilly *



par le Pr Pierre MOLLARET **

Je m'excuse de ne pouvoir me reporter, à l'occasion, à un texte écrit à l'avance, étant donné le déficit de ma vision et je prie l'auditoire de se contenter d'un exposé ayant valeur d'un impromptu tiré de la fréquence de mes contacts avec l'extraordinaire personnalité de James Reilly. Pour tenter de la comprendre, force sera d'insister déjà sur les problèmes de sa nationalité officielle, posés par les vicissitudes de son enfance et de son adolescence. A l'origine, joua indiscutablement la nationalité irlandaise, puisque l'un de ses bisaïeux fut un insurgé irlandais, condamné à mort, mais ayant pu échapper à temps à celle-ci en passant clandestinement en France. Ses enfants adoptèrent plus tard la nationalité française. Cette dernière fut remise en question par les décès de son père et de sa mère quand il n'avait que trois ans et demi. Il tomba alors sous l'autorité d'un parent irlandais qui ne pensa qu'à s'en débarrasser, en l'enfermant dans un « College » irlandais de la dernière qualité. On comprend que de tels bouleversements à un âge aussi tendre furent indiscutablement le point de départ d'un complexe d'isolement social, ainsi que d'un renfermement psychologique. Mais, plus tard, sa volonté de devenir définitivement Français s'affirma lors de la Première Guerre mondiale, avec son engagement volontaire dans l'infanterie, par chance suivi d'une affectation dans un laboratoire militaire.

Sa venue en France avait été due à la rencontre d'une personnalité féminine d'une haute valeur morale. Elle décida de se charger d'assurer les moyens matériels d'achever d'abord ses études scolaires. A la suite de celles-ci, sa bienfaitrice lui conseilla de s'orienter vers une carrière médicale, mais à condition qu'il s'inscrive à la Faculté de Paris. C'est ainsi que

* Communication présentée à la séance du 22 janvier 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 12, rue du Parc-Montsouris, 75014 Paris.

nous allons avoir à connaître un Reilly de 16 ans et demi, passant les concours d'externat et d'internat de Paris, assurant parallèlement des fonctions modestes à l'hôpital de l'Institut Pasteur, aux côtés de Veillon. Ce séjour pastorien finira mal, mais il aura permis la révélation de son avenir bactériologique par la découverte d'une technique d'isolement, en hémoculture profonde, de colonies de germes anaérobies. Faut-il souligner que cette technique occupe toujours une place fondamentale dans tous les laboratoires internationaux !

C'est à ce moment que la mort subite de sa bienfaitrice va permettre aux héritiers irlandais de celle-ci de mettre fin sans délai à la pension qu'elle assurait. C'est ainsi que Reilly devra continuer ses études médicales avec les difficultés que l'on imagine, comme on imagine que cette seconde période d'impécuniosité va renforcer son comportement de volontaire isolement.

Les hasards de sa carrière militaire l'avaient fait entrer en contact avec Marcel Garnier, spécialiste estimé de la pathologie hépatique ; c'est ainsi que naquit de leur collaboration le détachement, dans une entité plus qu'imprécise alors, celle de l'atrophie jaune aiguë du foie, des formes graves et trop souvent mortelles de la spirochétose ictéro-hémorragique.

A cette époque régnait dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris une carence extrême des recherches de laboratoire, puisqu'il n'y avait que deux laboratoires centraux de recherches. L'essentiel de la recherche médicale se faisait uniquement dans ce qu'on appelait « un laboratoire de service » ; un tel laboratoire n'existait qu'en très petit nombre et se réduisait à une pièce unique, avec un matériel technique plus que réduit et avec une collaboration réduite à une infirmière sans diplôme et éduquée (si l'on peut dire) au seul profil des diagnostics de la spécialité d'un chef de service, ne lui ayant dispensé qu'une éducation embryonnaire et plus que rétrécie.

Ce ne sera que quand Reilly aura rencontré le professeur Teissier, titulaire de l'unique Clinique des maladies infectieuses, installée dans l'hôpital Claude-Bernard de l'époque, et où l'Assistance Publique créa un troisième laboratoire central, en 1922, avec un chef de laboratoire nommé par une parodie de concours, que Reilly put commencer ses travaux.

A cette date, il faut insister sur la modicité de ses ressources personnelles réduites à deux ordres d'émoluments de fonctionnaire : d'une part, les émoluments (modestes) de chef de laboratoire ; d'autre part, les émoluments (plus médiocres encore) de médecin des épidémies ; nommés sans limite d'âge par le Conseil d'hygiène de Paris (alors de la Seine) ces médecins étaient chargés d'enquêter sur des décès suspects, susceptibles de relever d'une maladie infectieuse et, dans l'affirmative, de découvrir l'origine de la contagion. C'est dans ces conditions qu'il s'installa dans des locaux qu'il ne devait plus quitter.

Pour éviter de perdre des heures de travail, Reilly avait accepté de partager le déjeuner de la salle de garde des internes, déjeuner qui représentait

le temps fort de son régime alimentaire. Par contre, ce déjeuner était l'heure de détente de Reilly, au contact des jeunes générations admiratives de l'érudition de sa culture. Mais cette admiration devenait sans bornes quand il consentait à dévoiler la richesse d'un humour d'une exceptionnelle qualité, spécialement quand il consentait à faire revivre une mystification, voire un génial canular, humour qui ne connut jamais d'échec, car tout avait été programmé avec la minutie d'une expérience de laboratoire.

Je dois encore souligner combien sa modestie n'était pas feinte, puisque jamais les professeurs Teissier, puis Lemierre, ne purent le faire consentir à s'inscrire à une agrégation qui n'aurait d'ailleurs jamais rencontré un rival. Jamais il ne consentit à donner une acceptation d'avance de la Légion d'honneur qui lui fut finalement « imposée ». C'est de la même manière qu'il fut accueilli de force à l'Académie de Médecine. Par contre, un refus ne put jamais être levé, celui que son nom soit présenté à une candidature au prix Nobel.

Un autre souvenir à évoquer est celui de son modeste appartement de la rue de Vaugirard, modeste dans ses dimensions certes, mais où l'on sentait dans le mobilier et la mise en valeur de celui-ci, la dominance d'un parfait bon goût. L'accès de cet appartement était très exceptionnellement consenti, quand il était souffrant et prisonnier de son lit ; alors, seuls les privilégiés bénéficiaires du prêt, par la concierge, de la clef d'entrée du logis dans lequel il s'était enfermé, la clef étant rendue à la concierge, la visite finie.

Mention doit être faite enfin, disons de l'existence d'un « ange gardien », à qui rien n'était caché et qui fut la plus dévouée, d'une assistante sociale, jouant à la fois le rôle d'infirmière, celui de confidente et celui de gouvernante, tous rôles exercés dans la plus grande et la plus respectueuse discrétion ; ce dernier rôle n'était trahi que lors de la découverte de l'existence d'un problème devenant source d'une inquiétude dissimulée au maximum ; elle n'hésitait pas alors à aller révéler cette inquiétude à celui des intimes qui lui paraissait susceptible de régler le problème. J'en citerai deux exemples se situant au moment du passage à la retraite.

Le premier exemple n'avait pas besoin d'être avoué, parce que plus que soupçonné ; chacun des intimes considérait que l'abandon de son laboratoire, avec l'arrêt de ses recherches et la fin de la fréquentation quotidienne de la salle de garde, ne pourraient être longtemps supportés. Aussi, l'annonce de la date fatidique, par une Administration soumise à de multiples pressions dont les miennes ne furent pas les moins pressantes, fut-elle accompagnée de l'annonce que, tant qu'il le souhaiterait, il continuerait à disposer des mêmes moyens de recherches, dans les mêmes locaux. Inutile de dire ce que fut le soulagement de Reilly et le retour immédiat à son dynamisme antérieur.

Le second exemple, presque concomitant, fut d'ordre financier, à savoir qu'il fut mis en demeure par la tutelle financière de choisir, au nom de règlements réglant les cumuls de tout fonctionnaire, entre la retraite de chef de laboratoire ou celle de médecin des épidémies de la Préfecture de

Paris, rôle qu'il avait tenu à assumer jusqu'à sa retraite. En réalité, la crainte du retour d'une ultime phase de médiocrité financière avait été parée d'avance, parce que prévisible, car en tant qu'attentif responsable du Fonds de solidarité du corps médical hospitalier parisien, j'avais pu obtenir de l'unanimité de mes collègues que Reilly fût inscrit, le jour de sa retraite, parmi les membres d'honneur bénéficiaires à plein tarif de l'indemnité, combien supérieure au cumul des deux médiocres retraites évoquées. Si bien que, le jour même de l'arrivée de l'interdiction d'un cumul, « l'ange gardien » lui remit la lettre du Fonds de solidarité, arrivée « par hasard » et par le même courrier, avec l'annonce bancaire de l'inscription à son compte du premier trimestre. Aucun refus de cet argent n'était possible puisqu'il aurait sciemment causé la plus grande peine au Corps médical parisien tout entier.

C'est ainsi que, pendant plus d'un tiers de siècle, j'eus le privilège de multiples entretiens pendant lesquels je prenais la précaution de rester fidèle aux comportements de mes prédécesseurs Teissier et Lemierre, pour convaincre de plus en plus que rien ne serait changé dans l'atmosphère des rapports auxquels il s'était habitué, l'appelant aussi souvent que possible pour discuter le cas d'un entrant posant un problème ; en allant m'asseoir au laboratoire ; en répondant à des questions débordant un peu plus, à chaque fois, le champ clos purement médical pour satisfaire, par exemple, sa curiosité sur des domaines d'actualité, tels les problèmes de défense de la profession médicale hospitalière de l'Intersyndicat. Peu à peu s'abolirent l'une après l'autre les barrières dont il s'était entouré, venant fidèlement s'asseoir chaque semaine à ma leçon personnelle, en discutant à la sortie de telle ou telle prise de position épidémiologique et acceptant finalement des invitations à dîner pour discuter dans un petit cercle d'esprits très ouverts et particulièrement attentifs à ses propos. Ainsi devait naître la certitude de la naissance d'une estime profonde et d'une confiance dont « l'ange gardien » avait tant de plaisir à me marquer les progrès.

J'arrêterai ici la tâche qui m'avait été confiée par la Société française d'histoire de la médecine de faire connaître la personnalité de James Reilly, modèle exceptionnel de savant ayant poussé à l'extrême l'austérité volontaire de son existence quotidienne, comme le souci de protection intégrale de son indépendance d'esprit. Aussi comprendra-t-on, toutes les fois que surgit l'évocation des deux heures d'un entretien du soir où je retrouvai intacts toute la qualité de ses jugements et tout le charme de sa pensée ; je le laissai prêt à s'abandonner à un sommeil que rien ne laissait prévoir qu'il ne devait point connaître l'habituel réveil, tôt, à l'aube du lendemain.

L'école des sages-femmes de Morlaix à la fin du règne de Louis XV et sous le règne de Louis XVI *

Enseignement de l'obstétrique en langue bretonne



par le Dr Henri STOFFT **

L'obstétrique bretonne au XVIII^e siècle est une grande pitié. Pour éviter ses hécatombes, une entreprise est remarquable et singulière : l'école des sages-femmes de Morlaix (1773-1778). Aux leçons magistrales, aux manipulations sur fantôme s'ajoute une véritable formation clinique. L'école est bilingue franco-bretonne. Le seul Traité d'accouchements connu en langue bretonne est édité à Morlaix, en 1774.

L'école bilingue des sages-femmes de Morlaix (1773-1778), avec des promotions de 30 élèves, est la plus grande jamais vue en Bretagne. C'est l'œuvre personnelle du sieur Jean-Jacques Bouestard de la Touche (1730-1810), médecin du Roi et professeur d'accouchements.

Bouestard est le parangon des médecins-philosophes et francs-maçons du siècle des Lumières. De main de maître, il conduit « le char enflammé des idées modernes » (Diderot). Initié à la maçonnerie avant de commencer sa médecine, il est Orateur de la « Noble Amitié » (1776), puis Vénérable de

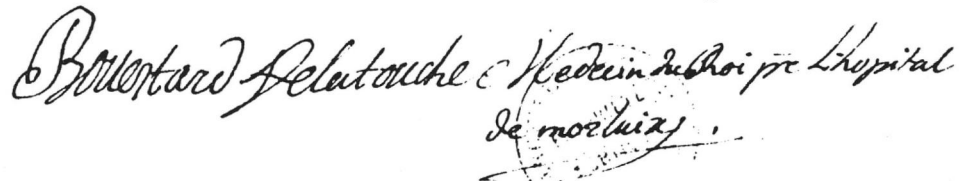
* Communication présentée à la séance du 22 janvier 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** Centre hospitalier de Fougères, Service de Gynécologie Obstétrique, 35305 Fougères.

l'« Ecole des Mœurs » (1784), loges morlaisiennes. Philosophie en ce temps signifie curiosité pour toutes les audaces de l'esprit : spéculatives mais surtout créatives. Bouestard n'est pas seulement médecin, chirurgien, accoucheur, il est aussi industriel et membre de la Société d'agriculture, du commerce et des arts de Bretagne. En 1767 il crée à Kervaon, sur les rives du Jarlot, une manufacture d'indiennes. En 1778, il est un des douze fondateurs de la Chambre de littérature et de politique de Morlaix où se commentent passionnément *Encyclopédie* et gazettes (12 ; 15 ; 16 ; 20 ; 21).

Sa carrière médicale est à son image : 1757, doctorat à Caen ; 1759, installation à Morlaix ; 1763, chirurgien de l'hôpital de la Charité, tout neuf (terminé en 1737) ; 1772, brevet de médecin du Roi, signé de Louis XV. Cette haute distinction lui donne la charge et la responsabilité des matelots et soldats du Roi hospitalisés ; 1773, création de l'école des sages-femmes ; 1775, il soumet à l'intendant de Bretagne Caze de la Bove un projet de réforme révolutionnaire de la médecine bretonne : création de 9 Facultés de médecine (une par évêché) « à l'effet — écrit-il — de combattre les épidémies, de surveiller les pharmaciens et d'éloigner les charlatans » (11 ; 1 ; 2 ; 23).

Pendant 45 ans, Bouestard sera médecin-chef de l'hôpital de Morlaix*. Voilà le fondateur de l'école franco-bretonne des sages-femmes.



BOUESTARD DE LATOUCHE, Médecin du
Roi pour l'Hôpital de Morlaix, Professeur
d'Accouchemens.

Si mon Ecolière a fait quelques Accouchemens, je vous prie de m'en faire parvenir un certificat signé de vous, afin de prouver qu'elle est utile sur votre Paroisse.

Fig. 1. — Un des autographes de Bouestard (Archives d'Ille-et-Vilaine) : partie inférieure de sa *Lettre-circulaire aux Recteurs* (collection Gilbert Guyon).

I. LUTTE CONTRE LA ROUTINE MEURTRIÈRE DES PSEUDO-MATRONES

Après les désastres de la guerre de Sept Ans (1755-1763), Louis XV et ses sujets « éclairés » s'inquiètent : la Bretagne se dépeuple. Entre 1770 et 1787, la France augmente sa population de 6 %, mais la Bretagne perd 3,5 % (19). Sont accusées la disette, les épidémies et la routine meurtrière des pseudo-matrones.

Morlaix est à cheval sur les diocèses de Tréguier et du Léon ; et un chirurgien-accoucheur, Jacques Dubois, les parcourt en 1775, 1783 et 1785.

* Bouestard sera le « patron » de Kergaradec de 1798 à 1803.

Ses témoignages sont accablants : « Les cruautés exercées par les matrones ignorantes sont aussi funestes que le fléau destructeur de la guerre et des maladies épidémiques... Je suis persuadé qu'il périt dix individus par an dans chaque paroisse par l'ignorance des matrones. Sur 1 500 paroisses qu'il y a en Bretagne, cela fait le nombre de 15 000 personnes par an. » (5).

Les femmes meurent d'hémorragies cataclysmiques, de ruptures utérines lors des manœuvres internes, d'éclampsie et d'infection puerpérale nommée alors « fièvres utérines humorales et nerveuses », que Raulin attribue à une « cacochymie scorbutique, dartreuse, scrofuleuse, vénérienne, ou de toute autre nature... » (27).

L'accouchement est aussi grand pourvoyeur d'infirmités et de débilités. « Les campagnes — écrit Dubois — sont dévastées et par conséquent point cultivées : il s'y trouve beaucoup de personnes infirmes, difformes, à charge de leur famille. Lorsque MM. les subdélégués font tirer au sort, ils trouvent à peine un ou deux hommes sur un grand nombre en état de porter les armes. » (5).

Pour donner au Roi de beaux matelots et de beaux soldats, il faut de bonnes sages-femmes.

Trégor et Léon sont dépourvus de vraies sages-femmes, mais chaque paroisse a sa ou ses pseudo-matrones, mégères illettrées, à la dangereuse impéritie et si bien décrites par Jacques Dubois :

Procidence d'un bras ou d'une jambe

« ... Ces femmes cruelles coupent avec un couteau de jardin le bras ou la jambe qui se présentent au passage... » ou bien elles « ... font attacher leurs victimes sur une échelle les pieds en haut, à dessein de faire rentrer le membre sorti ».

Positions transversales et enclavement de la tête

« ... Si elles s'aperçoivent que l'enfant présente le dos, le ventre ou que la tête est enclavée au passage, elles se servent du *crochet*... »

Dystocie extrême des épaules

« ... Ces matrones ont la cruauté de couper la tête de l'enfant, et le reste du corps reste enclavé... »

Avortements provoqués

« ... Elles ont la témérité de donner des remèdes violents aux femmes et aux filles grosses (le but de ces dernières est de détruire leurs enfants). Par ces remèdes, elles font périr la mère ou la font avorter. Si elles la font avorter, elles publient hautement qu'elles ont procuré la sortie d'un crapaud ; et le public ignorant y apporte la plus grande crédulité. »

Réanimation néo-natale

« L'enfant étant affaibli par l'accouchement au point même qu'on le croit mort, elles ne sont pas en état de lui donner les secours nécessaires et de l'empêcher de mourir. »

Délivrance artificielle

« N'ayant aucune connaissance des parties molles, elles portent — pour délivrer la femme du placenta — la main dans la matrice, le sépare d'avec le vagin. Ensuite, elles portent la main dans le bas-ventre, elles arrachent plus ou moins d'intestins et font périr les femmes dans les tourments les plus affreux. » (5).

Contre le fléau des pseudo-matrones, les Etats de Bretagne financent les cours de Brionne à Rennes (1763), Estienvain et Godebert à Nantes (1765) et pour les sept autres évêchés les cours de Dubois, déjà vu (1769). Par ailleurs, les intendants facilitent l'arrivée à Rennes, en 1775, et à Nantes, en 1776, de la dame du Coudray qui donne des cours aux chirurgiens et aux sages-femmes.

Mais déjà, en 1765, à 5 lieues de Morlaix, a lieu une expérience unique. MM. de la communauté de la ville de Léon « ... ayant fait la dépense d'envoyer à leurs frais le sieur Louis, maître chirurgien, faire à Paris son apprentis sage dant l'Art des accouchements, ont conditionné avec lui qu'il instruirait deux femmes pour le service de la ville de Léon et de Roscoff ». Louis remplit ses engagements par 2 cours de 6 mois : en 1767, il forme 4 sages-femmes pour Saint-Pol-de-Léon, Roscoff, Guiclan et Plouguerneau et, en 1768, 22 sages-femmes. A la suite de ces cours, le sieur Louis est nommé « lieutenant du premier chirurgien du Roi à Morlaix ». Autrement dit, le sieur Louis devient l'adjoint de Bouestard (6 ; 7 ; 9).

Bouestard, qui a maintenant deux chirurgiens sous ses ordres (Louis et Antoine François Beuscher) et qui est médecin du Roi (1772), n'admet pas que Morlaix, cité active et prestigieuse avec son port, son commerce, ses corsaires, ses manufactures, ses 11 400 habitants (69 732 pour la subdélégation) soit selon l'antique coutume tributaire des deux villes épiscopales léthargiques : Saint-Pol et Tréguier. Morlaix doit avoir la plus grande, la plus moderne école de sages-femmes de toute la Bretagne.

II. FONDATION DE L'ÉCOLE - 1773 - RECRUTEMENT DES ÉCOLIÈRES

Lettre d'un philosophe aux curés

A l'heure où Bouestard échafaude ses projets, sa « fabrique » d'indiennes a périclité. Pour la sauver, en 1768, il avait réclamé aux Etats un subside de 10 000 livres et n'en avait obtenu que 3 000 (15). Il est aux abois : les plus redoutables des créanciers sont les Etats de Bretagne. Pour tout autre que

lui, la situation est sans espoir. Mais Bouestard a de l'entregent et obtient de Nosseigneurs des Etats la plus heureuse des « condamnations » qu'il a lui-même suggérée.

Voici ce procès-verbal surprenant de la séance du 19 janvier 1773 :

« Un membre de l'ordre de la noblesse* ayant fait rapport d'une requête pour le sieur Bouestard de la Touche tendant à obtenir la remise d'une somme de 3 000 livres, que les Etats en leur Assemblée de 1768 lui prêtèrent sans intérêt pour l'établissement d'une Manufacture de toiles peintes à Morlaix... les Etats ont accordé et accordent la remise de ladite somme de 3 000 livres... *à condition néanmoins que ledit sieur de la Touche ouvrira et donnera pendant le cours de six années un cours public d'accouchement en la ville de Morlaix.* » (7).

Le recrutement des écolières ne peut se faire sans la collaboration des recteurs des paroisses qui sont, entre la masse des paysans ne parlant pas français et le pouvoir royal, les plus importants agents de l'autorité. Ils surveillent les sages-femmes et choisissent en fait les candidates. Aussi Bouestard, par une lettre circulaire, les informe de l'ouverture des cours. Voici celle du 1^{er} mars 1774 dont l'impression a coûté 36 livres :

« Monsieur, j'ai mis sous les yeux de Nosseigneurs les certificats que m'ont donnés MM. les Recteurs des diverses Paroisses pour lesquelles j'instruis des sages-femmes, l'année dernière. D'après les preuves du bien qu'elles y ont opéré, je me trouve chargé de continuer cette école dans Morlaix.

« Je vous prévien donc que, pour remplir, autant qu'il dépend de moi, des vues aussi utiles à l'humanité, j'ouvrirai, le premier mai prochain, le cours de mes Leçons : tel en est le plan. *Je donne la même leçon en langue française et en langue bretonne.* Le cours dure, en total, l'espace de trois mois. Chaque élève fait les frais de son logement et de sa nourriture. Morlaix offre des ressources qui réduisent cette dépense à dix à douze francs par mois.

« Vous avez sûrement, plus d'une fois, gémi sur les malheurs qu'occasionne fréquemment l'ignorance des gens qui, dans les campagnes, exercent l'état d'accoucheurs ou d'accoucheuses ; ainsi, je vous supplie de prendre les soins que la Province attend de vous, *afin que votre Paroisse m'envoie, au moins, une élève,* soit pour la langue bretonne, soit pour la française. Il serait avantageux que vous la pussiez choisir sachant lire ; parce que chaque élève reçoit, en arrivant, un volume qui contient les principes de l'art d'accoucher, que j'ai fait imprimer, tant en français qu'en breton ; ce qui facilite à celles qui savent lire, l'intelligence de mes leçons, et ce qui doit prévenir pour elles l'oubli des principes reçus.

« Il serait encore à souhaiter qu'elle fût d'un âge qui lui permît d'apprendre à saigner... il n'en est admise aucune qui ne soit munie d'un certificat de bonnes mœurs... Si mon écolière a fait quelques accouchements, je vous prie de m'en faire parvenir un certificat signé de vous, afin de prouver qu'elle est utile sur votre Paroisse. » (13).

Quatre principes :

— par paroisse, une élève au moins ;

* M. le Comte de la Fruglaye.

- qu'importe la langue parlée, pourvu qu'elle sache lire ;
- qu'importe l'âge si elle est capable d'apprendre à saigner ;
- enfin, la pseudo-matronne est rééduquée si le recteur la juge valable.

Avec enthousiasme, les curés secondent le philosophe et assurent le succès de l'école. Un recteur écrit à Bouestard que — faute de sages-femmes qualifiées — « il a vu périr dans six semaines huit enfants » (4).

La note de frais de Bouestard, en 1774, illustre l'installation de l'école :

« — un fantôme et deux fœtus	174 livres
— Pour deux pièces d'anatomie préparées et sans lesquelles il est impossible de se faire entendre par les les écolières, cy	360 livres
— Deux bassins de femme dont l'un bien et l'autre mal conformé .	24 livres
— Les bancs pour l'école	15 livres
— L'impression des lettres d'avis	36 livres
— La table pour l'école	12 livres
— Au copiste breton de ma traduction et de mes cahiers, cy	140 livres
— Les frais de l'impression d'un <i>Traité</i> succinct sur les accouchements en français et en breton qui portera sur 260 pages petit in-8°, avec figures, cy	800 livres
— Le loyer de la chambre de l'école	36 livres
— Pour les accouchements que j'ai fait exécuter par mes écolières <i>sous mes yeux</i> et dont je puis fournir certificat des recteurs ..	30 livres
— Il me reste à acheter pour les cours prochains les instruments relatifs aux accouchements et c'est une dépense de	200 livres
	1 827 livres

Toutes ces dépenses faites, le sieur de la Touche peut continuer à donner des cours sans faire aucuns frais nouveaux.

Mais son travail se trouve sans récompense pour l'avenir. » (9).

1° Le « fantôme et les deux fœtus » de Bouestard ne sont pas la machine à accoucher de la dame du Coudray qui n'a fait qu'imiter Johannes van Hoorn (1661-1724), Levret et Grégoire. Cette machine vaut 300 livres et le modèle de luxe doublé de soie, 500 (3). Le « fantôme » de Bouestard ne coûte que 174 livres.

2° Mais quelles sont donc ces deux pièces d'anatomie dont le prix est si élevé : 360 livres ? Les deux bassins osseux — l'eutocique et le dystocique — ne valent que 24 livres. Les médecins du XVIII^e siècle sont experts en préparations cadavériques et les sages-femmes de l'Hôtel-Dieu de Paris dissèquent des utérus gravides à terme. Les deux pièces d'anatomie de Bouestard pourraient être un contenu utérin exposé avec art (William Hunter, 1774) ou un pelvis avec injection des vaisseaux hypogastriques (Dionis, 1680).

III. LES 30 ÉCOLIÈRES DE 1774. LEUR ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Palmarès de la promotion

La vie de l'école en 1774 va être ressuscitée par la confluence de quatre sources miraculeusement conservées :

1° Bouestard, le 1^{er} avril 1774, adresse son *Mémoire sur un cours d'accouchements* à trois destinataires : l'abbé Terray, contrôleur général des Finances, ministre de Louis XV ; les Etats de Bretagne ; Dupleix, intendant de la province (4).

2° Daumesnil, échevin de Morlaix, chargé du rapport aux Etats sur l'école, l'adresse le 19 août 1774 aux Commissaires de la Commission intermédiaire de Tréguier. « Personne ne peut vous rendre — écrit-il — un compte plus exact que moy du cours d'accouchemens fait cette année par M. de la Touche... » Il pousse même la conscience administrative à assister en personne aux accouchements faits à l'hôpital ! (9).

3° Le professeur Paul Hardoüin a retrouvé les « Cahiers de Bouestard » — autrement dit ses cours magistraux — et les a consignés dans un manuscrit conservé aux Archives d'Ille-et-Vilaine (10).

4° Le livre franco-breton, catéchisme de l'école, traduit par Bouestard et édité à Morlaix chez P. Guyon en 1774 (26).

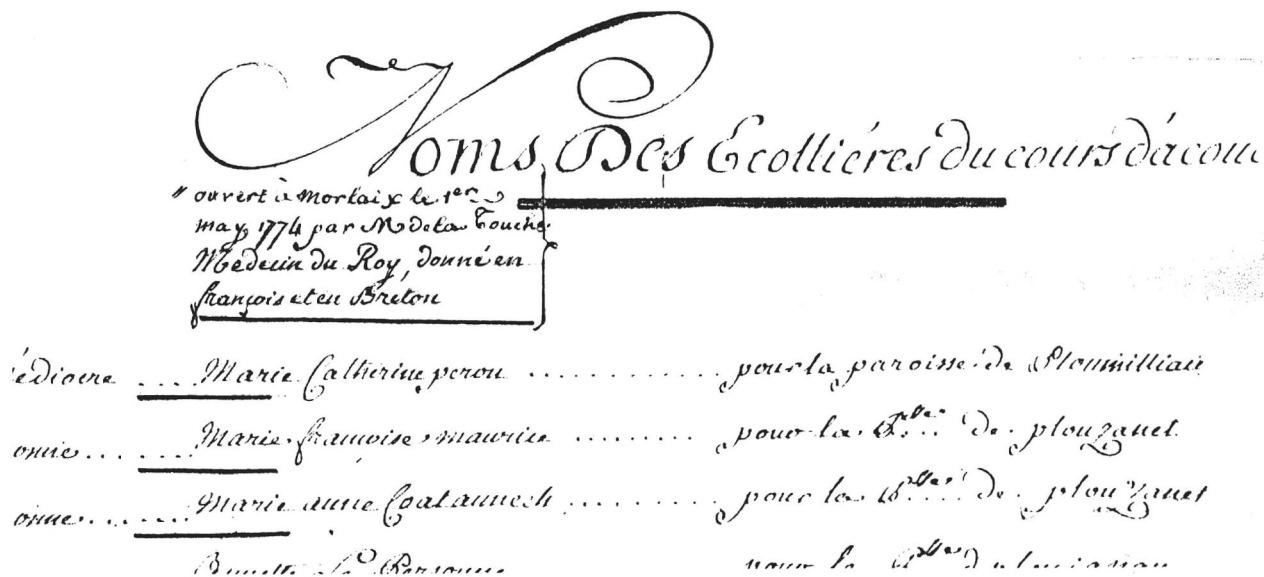


Fig. 2. — Palmarès 1774 (Archives Ille-et-Vilaine) : les 30 écolières.

« Sur environ 400 lettres circulaires envoyées dans les paroisses, il s'est présenté 30 filles ou femmes » (9). Elles sont toutes présentes le 1^{er} mai 1774, jour d'ouverture du cours. Trois sont de Morlaix : Mlles Le Fuë, Le Maître et Marie Perrine Fournel. Les autres sont de Ploumilliau, Plouzané, Plouigneau, Saint-Thégonnec, Plougras, Plougasnou, Lannilis, Louargat, Peder-nec, Ploujean, Plouer, Squifec, Ploulech, Pleyber-Christ, Gommenech, Plou-rin, Pluzunet, Guimaec, Quilbignon, Locornan, Plounevez, Plougonven, Camlez et Sainte-Clette.

L'appel de la première grande promotion montre le rayonnement de Morlaix à travers Trégor et Léon et le prestige de Bouestard. Ces filles sont pour la plupart pauvres et aidées par leurs paroisses. « Les frais des cours — écrit Bouestard — ne comporteront pour chaque élève que les frais de nourriture et d'hébergement pendant trois ou quatre mois, l'achat du livre, un étui à lancettes et une seringue. Le coût total ne pourra pas, ainsi, dépasser 60 francs. Existe-t-il une paroisse dans la province pour laquelle le Bien public ne pourrait pas fournir cette somme pour se procurer une sage-femme bien instruite ? » (26 ; 22).

L'enseignement de Bouestard comporte des cours magistraux avec un bon exposé anatomique et des manipulations sur son « fantôme », mais sa très audacieuse originalité est de donner l'absolue préférence à la formation clinique. Le premier moyen d'instruction « c'est — écrit Bouestard — de mettre mes écolières qui sont au nombre de 30 (et qui seront 50 dans l'année prochaine) dans le cas de *travailler sous mes yeux et de pratiquer des accouchements VRAIS* qui seront plus instructifs que ceux que je leur fais exécuter sur un fantôme, en attendant mieux. J'ai pour cet effet annoncé dans notre ville que toute femme grosse qui s'adresserait à moi pour être accouchée par mes écolières, recevrait 6 livres après l'accouchement. Le ministère ne pourrait-il pas m'autoriser à faire loger et nourrir ces femmes grosses six semaines ou deux mois avant leurs couches ? Combien cette dépense serait utile ! Mes écolières seraient réellement plus instruites et obtiendraient — parce qu'elles auraient fait des accouchements — la confiance publique dans chacune de leurs paroisses. *Je ne crains point de le dire, si ce moyen d'instruction est négligé, l'établissement est inutile.* Et je travaillerais infructueusement pendant des années ». (4).

Sans attendre la réponse du ministre, Bouestard réalise ces leçons vivantes d'obstétrique devant toute l'école réunie et... l'échevin de Morlaix, qui témoigne : « ... M. de la Touche a donné encore des leçons de pratique en faisant opérer, *sous mes yeux et en présence de toutes les élèves*, celles qui annonçaient le plus de dispositions. Les essais ont été faits à l'hôpital et chez de pauvres femmes... payées pour ces épreuves. Et tous ces essais ont été heureux, quoi qu'il y en ait eu de pénibles. De pareilles leçons en ont plus appris en un jour que n'aurait pu faire une année de théorie... » (9).

Accoucher à l'hôpital, folle innovation pour la Bretagne de ce temps ! Déjà M. Le Dissez, le subdélégué de Morlaix, qui par ailleurs a de l'estime pour Bouestard, s'inquiète en bon gestionnaire des conséquences financières de cette nouvelle utilisation de l'hôpital. Il alerte l'Intendant dans une lettre du 26 octobre 1774 : « Il serait sans doute plus instructif de démontrer sur la nature même des opérations diverses que sur un fantôme... mais l'hôpital destiné à recevoir les pauvres, ne se prêterait pas... à admettre des femmes enceintes *sans une composition sur les prix des soins* que leur situation exige. » (4).

Dans son rapport officiel à Turgot*, en date du 5 novembre 1774, l'Inten-

* Turgot a remplacé l'abbé Terray le 24 août 1774.

INSTRUCTIONS
SUCCINTES
SUR LES
ACCOUCHEMENS,

*En faveur des Sages - Femmes
des Provinces ;*

Faites par ordre du Ministère.

*Par M. RAULIN, Docteur en Médecine,
Conseiller - Médecin ordinaire du Roi,
Censeur Royal, de la Société Royale de
Londres, des Académies des Belles-Let-
tres, Sciences & Arts de Bordeaux, de
Rouen, & de celle des Arcades de Rome.*

Traduites & imprimées en Breton, sous les yeux & par
les soins de M. BOUESTARD DE LATOUCHE,
Docteur en Médecine, Médecin du Roi pour l'Hô-
pital de Morlaix, Pensionné de ladite Ville, de la
Société d'Agriculture, du Commerce & des Arts
de Bretagne.

PRÉMIÈRE ÉDITION.

A MORLAIX,
Chez P. GUYON, Imprimeur-Libraire du
Roi & de la Ville, 1774.

Avec Approbation.

Fig. 3.

dant Duplex, qui est assez favorable à Bouestard, condamne cependant sèchement la dispendieuse innovation d'un enseignement de l'obstétrique à l'hôpital : « Conserver — écrit-il — les femmes à l'hôpital six semaines avant et six semaines après leurs couches, entraînerait une dépense considérable. Il est inutile de leur donner 6 livres pour être accouchées. » (4 ; 10). Bouestard est trop en avance sur son temps.

Si la première idée maîtresse de Bouestard est la formation clinique des sages-femmes, la seconde est bien l'enseignement de l'obstétrique en langue bretonne, concrétisé par un livre franco-breton. Bouestard n'est pas le seul accoucheur à parler couramment breton. Déjà en 1767 et 1768, le sieur Louis, son lieutenant à Saint-Pol, écrit : « Je me suis vu dans la nécessité de donner mes leçons dans les deux langues, française et bretonne, afin de les rendre intelligibles à la majeure partie de mes élèves. » (9). Quant à Jacques Dubois, il insiste beaucoup sur le bilinguisme : « Ce serait en vain qu'on aurait les talents les plus distingués si l'on n'a pas la connaissance de la langue bretonne... mon épouse, qui est sage-femme, sait parfaitement le breton... » (9 ; 10).

Bouestard est le seul à s'infliger la traduction en breton (travail aussi ingrat que possible, dit Daumesnil dans son rapport) du livre de Joseph Raulin : « Instructions succinctes sur les accouchements en faveur des sages-femmes de province » dont la première édition date de 1770 (25). En outre, il assume les risques financiers de l'édition bretonne et se précipite à nouveau dans d'inextricables difficultés financières par une avance de 940 livres (9).

Ses leçons magistrales sont cependant un peu différentes du livre de Raulin. Voici quelques extraits de ses cahiers traduits également en breton (10) :

« Souvent et très heureusement, la nature favorable se plaît à aider la malade. Mais il semble que cette espèce d'état de naturelle et prompt délivrance chez quelques femmes favorise et entretienne l'ignorance... En effet, il est peu de sages-femmes dans toutes les campagnes assez instruites — non pas pour diriger une opération laborieuse — mais même pour prévenir les accidents ordinaires et fréquents... en attendant la main d'un artiste... »
« On voit fréquemment donner du vin chaud et des liqueurs spiritueuses... dès le début des douleurs, espérant ainsi augmenter les tranchées... mais l'usage des liqueurs ne fait que les affaiblir et occasionne des désordres mortels dans les tempéraments délicats et chez les sujets atteints d'affections hystériques... Ne point se presser de détruire les membranes des eaux... Certains accouchements sont très lents et cependant se terminent bien. Il faut se garder d'intervenir à tort : se contenter d'une ou deux petites saignées, faire asseoir la malade sur une décoction de plantes émollientes ou de graines de lin*, surveiller le pouls et donner une alimentation légère. »

* Fomentations sur chaise percée si les membranes sont intactes.

CHAPITRE VI.

*Du Toucher dans les Douleurs de
l'Accouchement.**État de la Matrice dans la Conception ; ses
Différences pendant la Grossesse.**Stad eus ar Vatrice er Conception, e zif-
seranqz e pad ar vrasidet.*

AR conception nera
chenchamantebet
an desiou quenta, ebars
en oll vrasder eus ar
vatrice : ar vatrice
goude se a deu da ve-
za brassoc'h etreusfec
e fonz, dre propor-
tion ma crespq ar fetus.
Eur zizun goude ar con-
ception, e orifice eun
eum doug eun neubeut
muioc'h etreusfec ar va-
gin : e tro an anter
eus an trede mis ar va-
trice a ja oc'h an eac'h
neubeut a neubeut, ac
e tro ar fin eus ar me-

LA conception ne
produit point de
changement, les pre-
miers jours, dans les
dimensions de la ma-
trice : ce viscere prend
ensuite plus de volume
vers son fond, à pro-
portion de la croissance
du fœtus. Quelques se-
maines après la concep-
tion, son orifice se
porte un peu plus vers
le vagin : vers le milieu
du troisieme mois, la
matrice remonte peu-
à peu ; &, vers la fin
de ce même mois, la

« Attendre pour manœuvrer la dilatation de la matrice bien faite. Quelquefois, l'enfant se trouve en travers ou présente les fesses. Alors il faut introduire la main enduite d'une forte décoction de graines de lin et tâcher de passer assez avant pour repousser avec ménagement les fesses, attraper une des jambes et la tirer avec précaution jusqu'au près des os ischions ; ensuite, on tâche d'attraper l'autre jambe en tournant la face de l'enfant vers l'épine vertébrale, pour que le menton ne se trouve pas accroché sous le pubis. »

En cas d'une jambe procidente « il faut pouvoir passer la main le long de la cuisse de l'enfant, de là sur les reins et passer ses doigts de la manière à abattre l'autre jambe. Quand elles sont venues toutes deux, on aide la descente de l'enfant jusqu'aux aisselles ; ensuite, on abat les bras l'un après l'autre. Pour favoriser la sortie de la tête, on la tourne un peu horizontalement, ne tirant pas trop fort sur les épaules, de peur de luxer les vertèbres ».

En cas de procidence du bras, « la sage-femme doit porter son attention à bien placer sa malade le corps étendu sur un lit préparé, les fesses un peu élevées, tâcher de faire rentrer le bras sans trop forcer les parties génitales ; induire la main de quelque mucilage, huile ou beurre, la passer assez avant pour avoir un pied et terminer l'accouchement comme à l'ordinaire ».

En cas de rétrécissement du bassin, il faut appeler un accoucheur « qui attend le moment que la nature lui indique pour terminer l'accouchement et sauver la vie de la mère*... ».

« Il ne faut pas trop se presser pour faire sortir les arrière-faix et, quand on y travaille, il faut tenir d'une main le cordon et passer les doigts de l'autre pour détacher peu à peu les membranes adhérentes, et ne laisser aucune partie du placenta au fond de la matrice, ce qui occasionnerait des accidents après l'accouchement... »

Les hémorragies à la suite des fausses couches sont rarement dangereuses ; « il faut se borner à faire administrer de légères tisanes de chien-dent, de réglisse, de racines de grande consoude et d'eau de riz, compresses froides sur le ventre. Et recourir au médecin pour le reste » (10).

A la fin de ces cours, l'école est endeuillée par la mort de Michelle Le Biau, de Plounevez. Bouestard en élimine deux : Marie-Anne le Bescond, de Plouzané, et Jeanne-Volantine Lhostis, de Guimaec, qui est « trop jeune » (9).

Une seule est excellente : c'est Jeanne-Yvonne Faudeuil, de Quilbignon ; 13 sont bonnes ; 13 sont notées « médiocres » (9).

Daumesnil, l'échevin-philosophe, se passionne pour ce cours, « Il deviendra sans doute plus fructueux — écrit-il — si la province faisait un fonds pour distribuer à la fin de chaque cours des prix aux 5 et 6 élèves qui auraient le mieux profité des leçons. Un fonds de 150 livres suffirait et serait pour chaque année un objet d'émulation et d'encouragement, surtout si on employait cette somme en *ustensiles* de leur état : *seringues, lancettes*, etc. » (9).

* Cet élégant euphémisme laisse entendre que souvent l'enfant est sacrifié

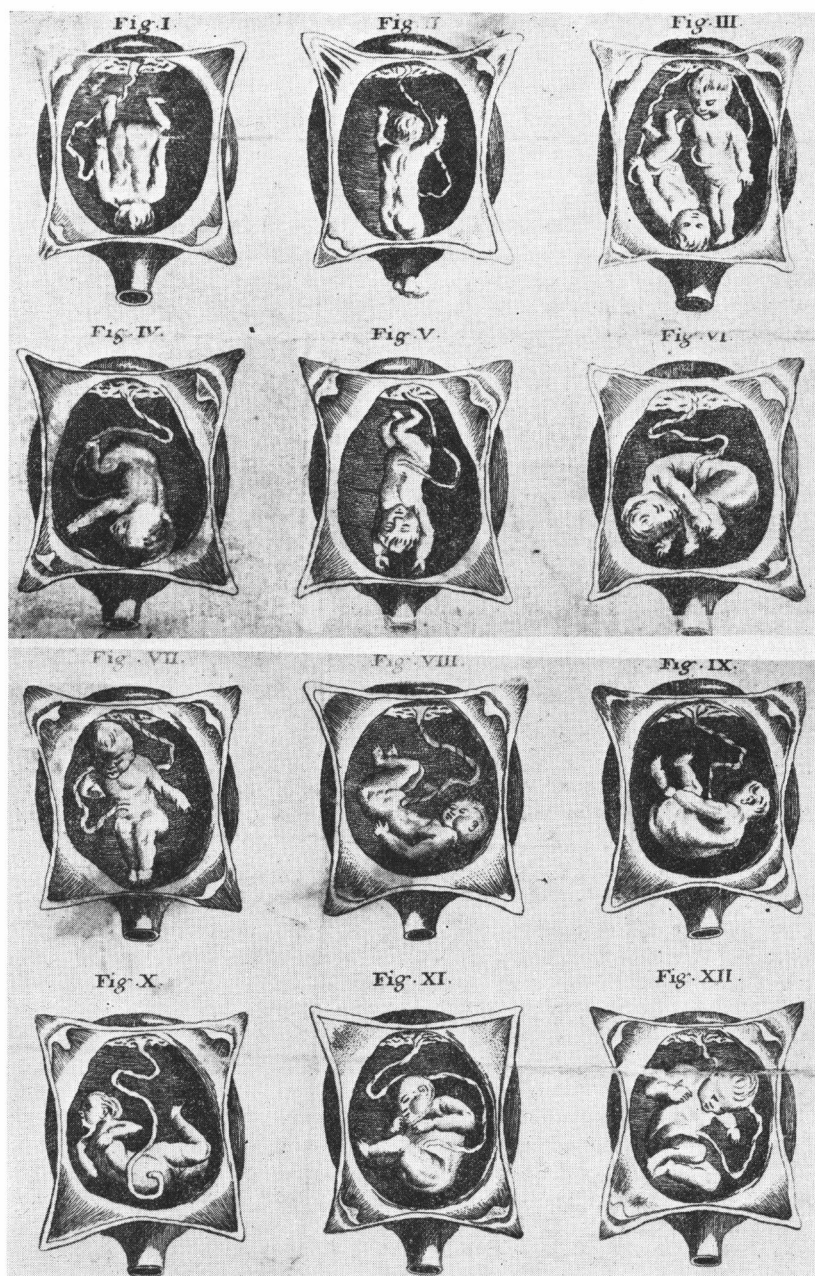


Fig. 5. — Les planches du *Livre franco-breton des sages-femmes de Morlaix*.
Auteur : Joseph Raulin, traducteur : J.J. Bouestard de la Touche.

IV. IDÉES RÉVOLUTIONNAIRES DE BOUESTARD SUR LE MÉTIER DE SAGES-FEMMES

Instruire les sages-femmes ne suffit pas. Il faut rendre ce métier honorable, justement rémunérateur et garanti, pour améliorer le recrutement. « ... *L'état de sages-femmes est regardé comme vil* », écrit Bouestard au ministre (4).

« ... Le grand obstacle que trouvent les Recteurs pour déterminer des femmes à se livrer à cet état, c'est l'*avilissement* dans lequel il est parmi les paysans. Pour détruire ce préjugé, quel inconvénient y aurait-il à exempter le mari d'une sage-femme ou son fils aîné de toutes *corvées sur les grands chemins* ? Ce privilège seul publié dans les paroisses donnera une sage-femme à chacune. Et l'on pourrait devenir difficile sur leur choix.

« Mais avec toutes ces précautions, le gouvernement n'aura rien fait s'il ne pourvoit aux moyens de faire subsister chaque sage-femme dans sa paroisse. Il serait à souhaiter que pour cet effet, *le salaire de ces femmes fût fixé...* et qu'il y eût des défenses très strictes d'exercer cet état sans être munie du *brevet d'apprentissage* ; et qu'enfin, l'évêque intervînt et fit un *cas réservé* — celui-là en vaudrait bien un autre ! — pour quiconque pratiquerait les accouchements sans avoir le même *brevet*, hors les cas d'une nécessité absolue. » Trois mesures révolutionnaires :

1° *Exemption de corvées pour le mari* (ou le fils aîné), afin que la femme puisse quitter chaumière, enfants, bestiaux.

2° *Salariat des sages-femmes.*

3° *Brevet garanti et répression des pseudo-matrones.*

Salariat ? Il n'en est pas question. Mais l'odieuse corvée va diviser Dupleix et Turgot. L'Intendant de Bretagne est très dur à l'égard « des corvoyeurs mutins et paresseux » et envoie des « garnisons militaires » dans leurs villages (18). Il commente ainsi à Turgot la proposition de Bouestard : « Il n'y a pas lieu d'exempter de corvées des grands chemins les maris des sages-femmes. C'est une charge qui retombe sur d'autres habitants dont la profession n'est pas moins utile, tels les laboureurs. » (4). Mais Turgot, l'Encyclopédiste, l'ami de Condorcet, « l'ange tutélaire » de Voltaire — coup de théâtre — abolit la corvée pour tous. Bouestard applaudit, mais Turgot sera éphémère et la corvée rétablie.

Quant à une protection légale des sages-femmes diplômées contre les pseudo-matrones, Dupleix s'y oppose. « Si telle sage-femme a profité des leçons qu'elle aura prises au cours d'accouchements, elle sera naturellement préférée à celle qui n'aurait qu'une routine. Ainsi elle jouira du privilège sans en avoir d'autre que la science. La seule distinction que je croirais convenable d'accorder à celles qui auront suivi le cours d'accouchements, ce serait d'avoir sur leur porte une enseigne portant : *Sage-femme approuvée.* » (4). Dupleix ne voit pas que les paysans bretons sont si misérables qu'ils « préfèrent une mauvaise accoucheuse ou la mort même dans les

circonstances critiques » (4). Le seul espoir était le salariat des sages-femmes et l'interdiction des pseudo-matrones, idées de Bouestard.



A NOSSEIGNEURS

NOSSEIGNEURS

DES ÉTATS DE BRETAGNE.

NOSSEIGNEURS,

*C'*EST sous vos auspices que doit
paroitre un Ouvrage que le desir du
bien public & la reconnoissance de
vos bienfaits m'ont fait entrepren-
dre. Chargé, dans votre dernière
Assemblée, de donner dans Morlaix un Cours
public sur les Accouchemens, tant en François
qu'en Breton, je me fais un devoir de ne négliger

Fig. 6. — Epître de Bouestard aux Etats de Bretagne,
1774.

V. BOUESTARD, LOUIS, BEUSCHER S'OPPOSENT, EN 1775, A LA DAME DU COUDRAY

A l'automne 1775, la dame du Coudray installe dans la grande salle de l'hôtel de ville de Rennes ses cours pour sages-femmes et chirurgiens. Forte d'un brevet royal de 1759, elle reçoit 4 000 livres d'appointements (Brione et Jacques Dubois seulement 1 000). Vingt villes bretonnes en 1775 achètent sa

machine à accoucher. le chiffre d'affaires est de 6 000 livres (3). Mais la dame et ses élèves ne se salissent jamais les mains à faire des accouchements : c'est l'Obstétrique en dentelles. Bouestard, qui est un véritable anatomiste et un vrai clinicien, est exaspéré par ce grand cabotinage obstétrico-commercial.

Pour obtenir des élèves sages-femmes à Rennes et l'achat de la machine par les villes, le nouvel Intendant, Caze de la Bove, harcèle ses subdélégués et, parmi eux, ceux de Tréguier et de Morlaix. Celui de Tréguier, Yvon de la Brettrye, n'enverra aucune élève (Jacques Dubois vient d'en former 22). La machine de la dame est inutile : « Le sieur Dubois s'est procuré le fantôme ou femme artificielle avec toutes les autres pièces anatomiques. » (lettre du 13-9-1775 [3]). Le subdélégué de Morlaix, M. Le Dissez, est plus diplomate et envoie à Rennes une Morlaisienne de 23 ans, Janne Fichon, « sachant lire, parlant français, passant pour intelligente et fille de probité » (lettre du 18-9-1775 [3]). Mais, pour l'achat de la machine, la ville de Morlaix, qui a reçu deux lettres de l'Intendant, est hostile. Voici le procès-verbal du *Registre des délibérations* du 19-9-1775 en présence du maire, M. Pitot l'Aîné et, bien sûr, de Daumesnil : « ...Ayant invité M. de la Touche, médecin démonstrateur d'accouchements de cette ville, de venir à l'Assemblée, ainsi que MM. Louis et Beuscher, chirurgiens-accoucheurs, pour y donner leur avis sur l'utilité dont pourrait être la machine de Mme Coudray, ces Messieurs sont d'avis qu'il serait très utile de se procurer ladite machine, pourvu toutes fois que le mécanisme et le jeu des pièces qui la composent puissent servir à démontrer les divers moyens de procurer la sortie de l'enfant dans les cas difficiles et laborieux occasionnés : 1° par la difformité du bassin, tant du côté du grand que du petit ; 2° par le rapprochement des tubérosités des os ischions. Sans quoi, ladite machine deviendrait inutile... » La communauté de Morlaix « supplie Monseigneur l'Intendant de vouloir bien faire communiquer la présente délibération à ladite dame du Coudray pour avoir des explications nécessaires à ce sujet, observant que si cette machine ne sert pas pour les cas extraordinaires, *elle deviendrait d'autant plus inutile que M. de la Touche... en a déjà une !...* » (3). La remarque est pertinente : le pelvis féminin n'est pas standard et Bouestard, dans ses cours, insiste sur les dystocies des femmes boiteuses, bossues et atteintes de luxation bilatérale de la hanche, si fréquentes à cette époque et dans ce pays (merc'hed kamm, tort, dileziet [22]).

VI. NAUFRAGE DE L'ÉCOLE (1778)

Ruine de Bouestard

Pour sauver son école et poursuivre son œuvre, Bouestard multiplie démarches, suppliques, épîtres, dédicace du livre franco-breton aux Etats, mémoires, toujours présents dans les archives ; mais il serait fastidieux de les énumérer. Parfois, les accents de ses lettres sont émouvants : « ... Je vais continuer de consacrer une partie de mon temps à l'utilité publique — écrit-il — (et pourtant)... les soins de père et d'époux s'opposent à cet

élan patriotique... » (4). Les rapports de Daumesnil et de Le Dissez confirment ses difficultés financières. Turgot, informé par Dupleix, avait en Bouestard reconnu un frère, et accordé le subsidie proposé par l'Intendant. Mais, dans le cadre administratif de l'ancienne Bretagne, la décision du Contrôleur général ne suffit pas : il ne peut que « proposer au Roi d'engager ses commissaires à la prochaine Assemblée des Etats à recommander un établissement aussi utile » (10). Les très archaïques Etats de Bretagne contrôlent les finances et par leurs tergiversations paralysent les innovations créatrices. Bouestard l'explique bien dans une lettre aux commissaires intermédiaires de Tréguier, représentant les Etats : « Morlaix, le 9 février 1778. Messieurs, le besoin le plus pressant me force à réclamer aujourd'hui vos bontés et votre justice. J'obtins en 1774 pour me rembourser de mes frais, 1 200 livres de Nosseigneurs des Etats. L'arrêt du Conseil, malgré votre réclamation en ma faveur, les réduisit à 600 livres. Les derniers Etats réparèrent cette réduction en m'accordant de nouveau 600 livres *et je n'ai pas encore pu réussir à les toucher*. Cette somme me serait aujourd'hui du plus grand secours et j'ose espérer de votre justice qu'il vous plaira de me faire parvenir l'ordonnance nécessaire afin de me la faire compter par MM. Lannux.

« J'ai eu à mon dernier cours d'accouchements 14 élèves. Je me prépare à ouvrir le prochain au 1^{er} de mai. Quoique les frais pour chaque cours soient désormais modiques, je n'en puis cependant donner aucun sans frais (au moins 40 à 50 livres de déboursées pour les lettres circulaires, l'entretien des diverses pièces nécessaires, etc.). Et ma situation, beaucoup moins qu'aisée... » (9).

Bouestard assurera la dernière promotion et l'école des sages-femmes de Morlaix s'engloutira pour toujours.

Le professeur Paul Hardoüin, de Rennes (1874-1956), grand patron et historien sévère, a bien compris ce combat désespéré d'un médecin pour promouvoir sous Louis XVI le progrès social et le salut public. « Nous ne saurions donc trop féliciter le courageux Bouestard de la Touche — écrit-il — de son zèle désintéressé. » (10).

VII. DESTINÉES DES SAGES-FEMMES, DE BOUESTARD, DU LIVRE FRANCO-BRETON

Le 7 juin 1786, le subdélégué de Morlaix, M. de Saint-Maurice, établit un rapport sur les vraies sages-femmes et sur les pseudomatrones qui sévissent toujours. Pour la subdélégation, il y a 9 sages-femmes reçues : les 8 premières sont des élèves de Bouestard (école de Morlaix) dont 3 de la promotion de 1774. Seule la 9^e est élève de Jacques Dubois (cours itinérant à Saint-Pol-de-Léon). M. de Saint-Maurice réclame un nouveau cours pour elles et l'extermination des pseudo-matrones : « C'est un abus très dangereux et qu'il est essentiel de détruire. » (4).

Province de Bretagne :

Subdélégation de Morlaix.

SAGES-FEMMES DU ROYAUME.

LIEUX de leur DOMICILE.	LEURS NOMS ET AGE.	ÉCOLES où elles ont été reçues.	OBSERVATIONS sur la manière dont elles exercent leur Etat.
Morlaix	La Sauvière mère La Sauvière fille Marie Perin-Poussel	Morlaix	aucune de ces sages-femmes n'a de talents ni de l'expérience de son état propre à inspirer beaucoup de confiance Il paraît à dire qu'on les a jugés à faire un nouveau cours qu'on leur en donne les mêmes. Mais on ne les suffit pas en fait de leur insuffisance
Trégatnon	Marie-Jeanne Doublet Catherine Fortouy		celles de sages-femmes il y en a quelques-unes de très-jeunes qui font ce état. Elles ne sont pas très-dangereuses lequel est d'ailleurs de se débarrasser
Tréguier	Jeanne Leveau		
Trébevent	Francine Ligeant		
Tréguier	Marie-Louise Sage		
Tréguier	Guillaume Lavier	St. Pol	
Certificat véritable par nous subdélégués de Morlaix le 7 Juin 1786. Lef. M. M. M.			

Fig. 7. — Les sages-femmes de Morlaix en 1786. (Archives Ille-et-Vilaine [1328]).



Fig. 8. — 1770 : l'auteur du *Livre des sages-femmes de Morlaix*. (Bibliothèque nationale).

Commence-t-on à comprendre ce que Bouestard disait en 1774, c'est-à-dire 12 ans plus tôt ? Jacques Dubois l'avait également écrit et, après 17 ans de lutte, sans se décourager, il dépose un nouveau mémoire adressé à l'Intendant puis transmis aux Etats : il faut former 3 000 sages-femmes (2 par paroisse). Durée : 5 ans. Coût : 150 000 livres. Bertrand de Molleville s'adresse au Roi par le canal du ministre Calonne (16-6-1786). Mais, au lieu de proposer le plan réaliste et généreux de Dubois, il y substitue un expédient dérisoire (3 000 livres suffisent pour toute la Bretagne au lieu de 150 000 ! [4]). Louis XVI est sourd à la détresse des Bretonnes en gésine, et Calonne répond à Bertrand de Molleville que Sa Majesté ne peut point accorder une somme de 3 000 livres (14).

1786-1791, les cinq ans réclamés par Dubois pour restaurer l'Obstétrique bretonne sont écoulés. Rien n'a été fait. Bouestard, 60 ans, s'est jeté avec fougue dans l'Aventure souhaitée, prévue, préparée. Le 8 septembre 1791, le citoyen Bouestard est élu député du Finistère (20). Il est jacobin.

Quant à la traduction bouestardienne du *Livre des sages-femmes de Morlaix*, elle n'a pas fini d'exciter la curiosité des philologues bretons. En 1805, Laennec, 24 ans, se prend d'une subite passion pour la langue bretonne et le livre de Bouestard figure dans sa « Bibliothèque celtique ». Ce livre de poche avec en vis-à-vis texte breton et texte français est une amusante « méthode Assimil » pour un médecin. L'exemplaire de Laennec a été découvert par Lok (alias le docteur Dujardin, de Saint-Renan, dans le Finistère) qui le décrit dans sa publication *Frouezh Rouez E-Touez Strouezh* (des fruits rares parmi les broussailles [22]). « Le livre est joliment relié en cuir — écrit Lok — ... dès que je l'ouvris, je lus sur la première feuille, écrit à l'encre : *Ouvrage ayant appartenu à Laennec*, donné par Mme Laennec à M. Tanter de Lanuguat (Ploaré). Le breton de Bouestard est très médiocre. » En effet, Lok y découvre des corrections manuscrites qu'il attribue à Le Gonicdec, ami de Laennec et lexicographe breton. Bouestard a bien été obligé de faire œuvre de néologue avec tantôt des trouvailles heureuses (par exemple *kaledenn kik* pour môle hydatiforme), tantôt pénibles (*vidangeou* pour suites de couches).

Mais le mérite de Bouestard n'est pas d'amuser les philologues. Il est d'avoir créé entre 1773 et 1778 une véritable école de sages-femmes, basée sur l'enseignement anatomique et surtout clinique. L'usage de l'idiome national breton a, de plus, été la meilleure approche des gestantes et des parturientes dans le respect de leur identité.

REMERCIEMENTS

Mlle A. LE GUEVEL, de Morlaix ; MM. Gwennolé LE MENN et Gilbert GUYON.

THE TEACHING OF OBSTETRIC IN THE BRETON LANGUAGE

Breton obstetrics in the XVIIIth century arouses great compassion. The most remarkable and conspicuous step that was taken to avoid the massive slaughter of those days was the establishment of the School for midwives in Morlaix (1773-1778). Proper clinical training was given by authoritative lessons and extra tuition in the manœuvres needed on the mannequin or "dummy".

The school is bilingual in French and in Breton. The only treatise on deliveries that is known to have been written in Breton was edited at Morlaix in 1774.

SCHOOL FOR MIDWIVES OF MORLAIX

at the end of the reign of Louis XV and during the reign of Louis XVI

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Archives d'Ille-et-Vilaine*. — 1. C 82; 2. C. 1323; 3. C 1326; 4. C. 1327 et C. 1328; 5. C. 1329; 6. C 2692; 7. C 2696; 8. C. 2697; 9. C 4935.
10. *Fonds Hardoüin*, 7 J (8).
11. *Bibliothèque de Caen*: catalogue Lavalley, G. III, 400.
12. *Bibliothèque de Morlaix*: archives municipales.
13. *Collection Gilbert Guyon*: Lettre de Bouestard aux recteurs.
14. BRENUGAT Ch. — « Enseignement obstétrical en Bretagne ». - Thèse méd., Paris, 1897.
15. DARSEL J. — « Histoire de Morlaix ». - Rennes, Imprimeries réunies, 1942.
16. DARSEL J. — « Sociétés de pensée à Morlaix à la fin du XVIII^e s. ». - *Mém. Soc. Hist. et Arch. Bretagne*. - 1956, XXXVI, 81-118.
17. DUPUY A. — « Les épidémies en Bretagne au XVIII^e s. ». - *Ann. de Bretagne*, 1888, III, 188-189.
18. FREVILLE H. — « L'intendance en Bretagne ». - II, 375 - Rennes, Plihon, 1953.
19. GOUBERT J.P. — « Malades et médecins en Bretagne, 1770-1790 ». - Paris, Klincksieck, 1974.
20. KERVILER R. — Article Bouestard in *Biobibliographie bretonne*.
21. LEGUENNEC L. — « La chambre littéraire de Morlaix. » - *Fureteur breton*, 1913, 48, 227-228.
22. LOK. — « Frouezh rouez e-touez strouezh ». - *Al Liamm*, 1949, 16, 72-77.
23. MEYER J. — « Epidémies 1774-1794 ». - *Etudes rurales*, 1969, 34, 29-31.
24. PICHEVIN-CHATELIN Hélène. — « Chirurgie dans l'Ouest au XVIII^e s. ». - Thèse méd. Rennes, 1957.
25. RAULIN J. — « Instructions succinctes sur les accouchements en faveur des sages-femmes de province ». - Paris, Vincent, 1770.
26. RAULIN J. — *Idem*, traduction en breton de J.J. Bouestard de la Touche - Morlaix, P. Guyon, 1774.
27. RAULIN J. — « Traité des maladies des femmes en couches ». - Paris, Vincent, 1771.

Le Médecin principal de 1^{re} classe Jean-Pierre Bonnafont (1805-1891)

X Sa place prépondérante dans l'histoire de l'endoscopie
au XIX^e siècle *

par le Dr Alain SÉGAL **

L'auteur démontre que le Médecin principal de 1^{re} classe Jean-Pierre Bonnafont (1805-1891) était le vrai réalisateur de l'endoscope tel que le conçut Antonin Jean Désormeaux, considéré généralement comme le père de l'endoscopie. La latéralisation de la source lumineuse, prônée par Augustin Fresnel à P.S. Ségalas, est retrouvée ici dans l'otoscope de J.-P. Bonnafont dont un pertuis créé dans le miroir réflecteur de 45° autorise une excellente vision. Après un rappel biographique de sa carrière et de sa place importante dans l'otologie moderne, on est amené à considérer que, dans l'essor des spécialités, l'endoscopie otologique marque profondément avec J.-P. Bonnafont le développement ultérieur de cette technique exploratrice et thérapeutique, tremplin de la clinique de notre temps.

Suite à de délicates recherches sur l'histoire de l'endoscopie en oto-rhino-laryngologie et gastroentérologie, nous écrivions alors (10) : « Nous sommes très heureux d'offrir à nos collègues O.R.L. un précurseur aussi génial qu'Antonin Jean Désormeaux : Jean-Pierre Bonnafont. »

Notre intention était d'effectuer ce propos lors de notre venue à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, ce qui s'avéra impossible, mais nous ne pouvons

* Communication présentée à la séance du 19 février 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 6, rue Pol-Neveux, 51100 Reims.

mieux honorer et remercier nos hôtes qu'en leur retraçant la place désormais prépondérante prise par l'un des leurs dans l'essor de l'endoscopie : le Médecin principal de 1^{re} classe Jean-Pierre Bonnafont (fig. 1).



Fig. 1. — Portrait de Jean-Pierre Bonnafont.
(B. Acad. Méd., p. 30061, vol. 4).

C'est dans une modeste famille du Gers qu'il naît le 22 janvier 1805, à Plaisance (13). Certains sacrifices familiaux lui autorisent une enfance studieuse dans la région montpelliéraine, favorisée par l'exemple de son parrain, le docteur Maur, installé à Plaisance. La chirurgie a sa faveur, ce qui le conduit à l'obtention, le 12 août 1826, de l'officiat de santé par un Conseil

de l'Académie de Montpellier. Il est alors désigné par la conscription et, en raison des revenus trop faibles de sa famille, ne peut s'y inscrire.

Affecté au 6^e Régiment de la Garde royale, son colonel lui obtient du général de Bourmont qu'il puisse postuler comme élève-chirurgien à l'hôpital d'instruction des Armées du Val-de-Grâce (1).

Le Conseil de ce dernier l'admet finalement le 9 décembre 1828 où il profita largement des leçons de J.-P. Gama (1775-1861) et surtout de L.-J. Bégin (1793-1859), avant que ce dernier ne s'en retourne à Strasbourg.

C'est déjà à cette époque qu'il pousse ses connaissances sur l'oreille lors de dissections d'anatomie dont il avait la charge comme préparateur à l'amphithéâtre du Val-de-Grâce. C'est là que lui vient l'idée de faire construire un instrument destiné à éclairer le conduit auditif (préface de la première édition de son *Traité* [3]). En mars 1830, conseillé et protégé par le duc des Cars, il devient chirurgien sous-aide-major pour l'expédition d'Afrique du Nord au 67^e Régiment de ligne où il supplée très largement l'aide-major Desauges qui mourut d'épuisement au camp de Mustapha Pacha. Mais, au Conseil de santé Desgenettes, Larrey et Fauché ne jugent pas opportun, malgré son excellente conduite, de le faire accéder trop tôt à une promotion (1). Donc, en 1833, il devient chirurgien aide-major et ses compétences réelles en Anatomie sont mises à contribution à l'Hôpital d'instruction d'Alger. Obtenant un congé, il en profite pour mettre au point son premier modèle d'otoscope avec un opticien de Marine dénommé Juglar, et il passe sa thèse de doctorat en médecine à Montpellier « sur les plaies d'armes à feu observées en Afrique » (4). Cette thèse est un hommage aux prouesses et à l'exceptionnelle compétence de Lucien Baudens (1804-1857), qui l'honora de son amitié ; ils étaient d'ailleurs du même âge.

Il retourne alors en Algérie, et dans l'année 1835 il eut des démêlés avec l'intendant militaire Melcion d'Arc (1791-1847) qui lui reproche, lors de l'épidémie de choléra, sa trop grande sollicitude pour les civils aux dépens du corps de troupe ! (1).

En novembre 1839 il accède au grade de chirurgien-major et lors de l'expédition de Sétif il est cité à l'ordre de l'Armée, il était chevalier de la Légion d'honneur depuis décembre 1836. Finalement, les diverses campagnes d'Afrique du Nord le font participer à vingt-deux combats en douze années (11). Il y comprit les problèmes posés aux soldats lors de leur alimentation et les fit doter de la gamelle individuelle.

C'est le retour sur le continent où il épouse, le 8 avril 1845, Anne-Louise Petiet, la fille du baron et préfet petiet (1). Son engouement pour l'otologie le conduit à publier très souvent divers mémoires, plus précisément à l'Académie de médecine dont il est membre correspondant depuis le 31 décembre 1836 dans la section de chirurgie. Son mémoire de 1851 sur « la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête servant à juger le degré de sensibilité des nerfs acoustiques » lui donna une incontestable autorité dans la recherche des surdités de l'oreille interne (2).

Il contribua également par ses textes scientifiques aux revues *La Gazette des Hôpitaux*, *La Gazette médicale de Paris* et surtout *l'Union Médicale*. Son poste de chirurgien-chef de l'Hôpital militaire du Roule, brillamment tenu, le conduisit alors à l'Ecole d'application d'état-major où il termina sa carrière comme Médecin principal de 1^{re} classe, le 18 mars 1865 (11 ;15). Il reprendra cependant du service lors de la guerre de 1870.

Etant devenu, en juin 1856, officier de la Légion d'honneur, il assura aussi le poste de médecin consultant de la maison d'éducation de la Légion d'honneur.

A sa retraite, il se retira à Antony mais exerça bien encore avec une juste renommée sa spécialité d'otologie, réintroduisant par exemple la paracentèse dans l'otologie moderne (A. Sultan [12]).

Il écrivit également de nombreux ouvrages sur l'Algérie, largement utilisés par les historiens de la conquête d'Algérie.

Il s'éteignit le 19 avril 1891.

Depuis Raoul Bensaude, Maurice Chevassu, Pierre Hillemand et Emile Gilbrin (6), il est coutume de penser que le père de l'endoscopie fut Antonin Jean Désormeaux (1815-1894). Nous sommes certains que le chirurgien de l'Hôpital Necker aura toujours une place prépondérante dans l'essor de l'endoscopie au XIX^e siècle, nonobstant l'indifférence dont il a fait l'objet en général. Seul un esprit aussi pénétrant que Just Lucas Championnière (1843-1913) pouvait écrire en 1863 que cet appareil instrumental (l'endoscope) « ouvrait des horizons nouveaux à la science et la thérapeutique » (7). Il convient de savoir que A.J. Désormeaux déposa en fait son premier pli cacheté (n° 4, 2 série) en juillet 1853 et qu'il fut lu à l'Académie de médecine dans sa séance du 20 juillet 1853. L'autre dépôt fut exposé à l'Académie des sciences le 20 septembre 1853. L'analyse de l'endoscope, terme créé par A.J. Désormeaux, nous montre l'application des conseils de Fresnel à P.S. Ségalas (10). C'est-à-dire la latéralisation de la source lumineuse et la vision par un pertuis dans le miroir réflecteur de cette source (fig. 2). Cependant, force nous est donnée de constater que ce montage essentiel, encore usité de nos jours sur les fibroscopes, ne lui revient pas, mais qu'il est l'apanage depuis 1834 de Jean-Pierre Bonnafont, alors modeste chirurgien sous-aide-major (fig. 3).

Selon les indications portées dans son *Traité* de 1860 et dans sa deuxième édition de 1873, l'otoscope simple ou modifié était déjà un endoscope tel que le concevait A.J. Désormeaux. D'ailleurs, J.-P. Bonnafont fit des réclamations à l'Académie ([9], fig. 4). Elles restèrent sans réponse et les rapporteurs dont P.S. Ségalas, expert en la matière, ne semblent pas avoir remis leurs conclusions sur ce sujet.

On n'ose avancer une collusion des urologistes, sachant la probabilité scientifique de Ségalas. Ainsi l'amertume de Bonnafont s'exprime-t-elle dans sa seconde édition (3) : « L'endoscope Désormeaux n'est qu'une reproduction

exacte de mon premier otoscope et pourtant, malgré mes réclamations, il a été honoré de deux récompenses académiques. »

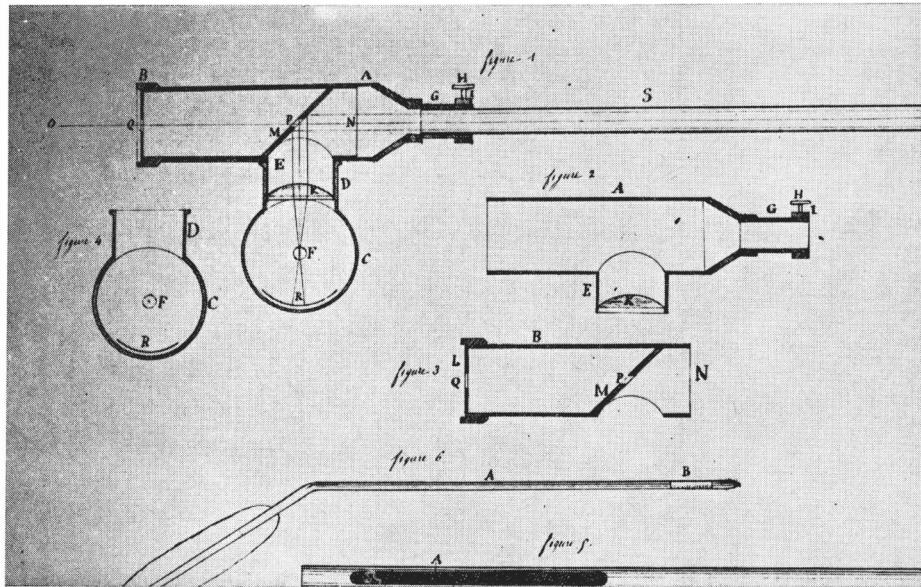


Fig. 2. — Plan de l'appareil d'A.J. Désormeaux selon le pli déposé à l'Académie de médecine (20 septembre 1853*).

* Il convient de corriger ici l'erreur imprimée de la date de 1855 laissée dans le texte de M. le Pr P. Hillemand (réf. 6, p. 96).

Il est toujours gênant pour des membres d'un jury d'avoir laissé passer de tels faits : le silence devient alors un retranchement approbateur. De plus, à cette époque, un certain nombre de confusions était entretenu par les otologistes cherchant à imaginer des appareils reflétant les troubles vibratoires du tympan, engins auxquels ils donnaient aussi le nom d'otoscope ou d'auriscope. Ces derniers n'étaient en rien des explorateurs visuels (8 ; 12 ; 14).

Il reste que si J.-P. Bonnafont n'a pas rendu sa lampe solidaire du spéculum, c'est que son modèle de spéculum « autostatique » lui permettait aisément de nombreuses interventions dont celle de la paracentèse : « Lorsque je veux opérer, je commence par faire asseoir le malade, je dilate le conduit auditif avec mon spéculum bivalve ; j'éclaire fortement le tympan en projetant la lumière d'une lampe à l'aide de mon otoscope. » Soulignons que Bonnafont avait réalisé aussi un modèle dont le jeu de lentille réalisait une sorte de microscope dont l'intérêt reste évident dans les maladies de l'oreille (3).

Il convient donc de rendre à J.-P. Bonnafont la juste place qu'il mérite dans l'Histoire de l'endoscopie en général. A.J. Désormeaux a pu bénéficier à son époque d'excellents moyens de diffusion de ses idées pour la réalisa-

tion d'un endoscope, mais J.-P. Bonnafont, de par sa situation militaire, eut un accès plus difficile à la divulgation de ses recherches. Il est donc indispensable que l'histoire de l'instrumentation, et notamment de l'endoscopie, ne se contente pas toujours de faits qui paraissent bien établis. Le nom de J.-P. Bonnafont, telle qu'est conçue la chronologie des classiques traités d'histoire de la médecine, devrait remplacer celui du chirurgien de Necker ; cependant, cet exposé démontre bien que plus on approche de notre époque, plus le processus des découvertes devient complexe et ne saurait s'exprimer par un nom et une date.

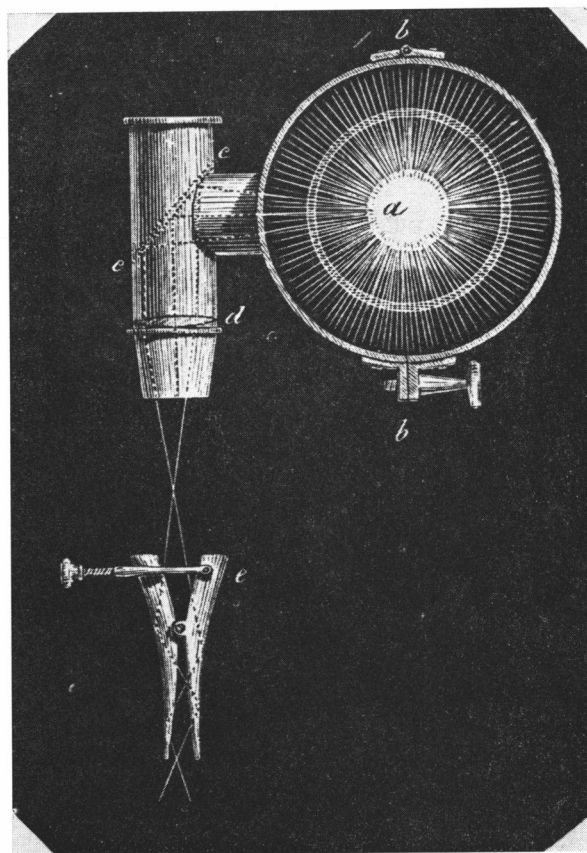


Fig. 3. — Otoscope modifié de J.-P. Bonnafont, tiré du traité théorique et pratique des maladies de l'oreille (3).

Au XIX^e siècle, les spécialités s'épanouirent à un point tel qu'il est encore nécessaire de trier les diverses recherches, démonstration que l'acquis des uns n'a pas aussi échappé aux autres. Dans toutes les spécialités se dégage une réelle envie d'apprécier au mieux les lésions profondes offertes à leurs diverses investigations. L'endoscopie est devenue le tremplin indispensable d'une recherche clinique valable, mais touche aussi d'une manière éclatante au traitement. C'est pourquoi il nous est apparu nécessaire de

replacer dans l'histoire de notre art le grand pionnier que fut le médecin principal J.-P. Bonnafont.

X. M. SÉMANAS (de Lyon) soumet au jugement de l'Académie plusieurs propositions relatives à un traitement dit par lui « préventif général et spécifique du choléra épidémique. » (*Commission du choléra.*)

XI. M. le docteur BONNAFOND, au sujet de la communication de M. Désormeaux, d'un instrument destiné à porter la lumière dans le canal de l'urètre, soumet à l'Académie un appareil en tout point semblable à celui désigné ci-dessus, dont il se sert depuis plus de vingt ans, pour éclairer le conduit auditif externe. (*Commissaires : MM. Ricord, Ségalas et Laugier.*)

XII. Note sur le tannate d'iode, par M. A. JUILLEMOND (de Lyon). (*Commissaires : MM. Bouchardat et Boullay.*)

Fig. 4. — Réclamation justifiée de J.P. Bonnafont à l'Académie de médecine, restée d'ailleurs sans réponse !

The author shows that it was *Medecin principal 1^{re} classe*, Jean-Pierre Bonnafont (1805-1891) who really constructed the endoscope as conceived by Antonin Jean Desormeaux, generally considered the father of endoscopy. The lateralisation of the light source which Augustin Fresnel expounded to P.S. Segalas can be seen again here in J.-P. Bonnafont's otoscope, where a hole pierced in the reflector mirror at 45° gives excellent visibility. On study in the biography of his career, and his important role in modern otology, one is led to consider that, as specialities go, otological endoscopy and J.-P. Bonnafont have made a deep mark on the later development of this exploratory and therapeutic technique, a stepping-stone in present day medicine.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Archives historiques du Service de santé des Armées* (Musée du Val-de-Grâce).
2. BONNAFOND Jean-Pierre. — « Mémoire sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, servant à juger le degré de sensibilité des nerfs acoustiques ». - *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1850-1851, 16, 735 passim.

3. BONNAFONT Jean-Pierre. — « Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition ». - Paris, J.-P. Baillière et Fils, 1^{re} édition, 1860. - 2^e édition revue et augmentée, 1873.
 4. BONNAFONT Jean-Pierre. — « Considérations sur quelques plaies d'armes à feu observées durant la campagne d'Afrique, et de quelques procédés opérations particulières ». - Thèse de médecine, Montpellier, 1834, n° 120.
 5. *Dictionnaire de Biographie française*, par M. PREVOT. - *Roman d'Amat*. Article Bonnafont. - Tome VI, p. 970. Paris, Lib. Letouzey, 1954.
 6. HILLEMAND Pierre, GILBRIN Emile. — « Antonin-Jean Désormeaux (1815-1894), le créateur de l'endoscopie ». *Bull. Acad. Méd.*, 1976, 160, 95-100.
 7. LUCAS-CHAMPIONNIERE Just. — « De d'endoscope et de son application au diagnostic et au traitement des maladies des voies urinaires ». - *La Revue médicale française et étrangère*, 1863, 1, p. 347-351.
 8. MIOT Camille. — « Traité pratique des maladies de l'oreille ». - Paris, F. Savy, 1871.
 9. « Réclamations du Dr J.-P. Bonnafont au sujet de son otoscope ». - *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1853-1854, 19, p. 192.
 10. SÉGAL Alain, WILLEMOT Jacques. — « Endoscopie, chapitre IV de naissance et développement de l'O.R.L. dans l'histoire de la médecine ». - *Acta O.R.L. Belgica*, 1981, 35, suppl. III, 393-1044.
 11. *Service historique. Etat-Major de l'Armée de terre*. — Relevé des services de J.-P. Bonnafont.
 12. SULTAN André. — « Histoire de l'otologie », in « Naissance et développement de l'O.R.L. dans l'histoire de la médecine ». - *Acta O.R.L. Belgica*, 1981, 35, suppl. IV, 1141-1398.
 13. VAPEREAU G. — *Dictionnaire des contemporains*. - Article Bonnafont, p. 191. Paris, Lib. Hachette, 6^e édition, 1893.
 14. GUERRIER Yves, MOUNIER-KUHN Pierre. — « Histoire des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge ». - Paris, Dacosta, 1980.
 15. Selon les indications des Médecins-Généralx FABRE et LEFEBVRE à l'auteur, le grade de Colonel correspond à la dénomination de ce titre (décret impérial du 18 juin 1860).
-

Eléments pour une histoire de l'œdème pulmonaire *



par Charles TROCMÉ **

Après avoir évoqué l'œuvre des fondateurs : Barrère, Robert Bree, Laennec, Andral, on retrace succinctement l'histoire de l'OP hémodynamique, de l'OP atélectasique. Mention est faite de certains cas particuliers : l'OP terminal des tuberculeux, l'OP des gaz de combat. A côté de ces formes « historiques », une place est réservée aux OP lésionnels, de découverte plus récente.

La véritable histoire de l'OP est assez peu connue. Avant Laennec, deux auteurs méritent au moins d'être mentionnés : le premier, Pierre Barrère, parce qu'il en a décrit la *symptomatologie* : « une oppression si grande qu'elle obligeait le malade d'être assis sur son lit pour respirer » ; la *thérapeutique* (efficacité, relative, de la saignée) ; les *lésions* (poumons « monstrueusement gros : tailladés, il n'en sortait que l'écume blanche mêlée d'un peu de sang ») ; enfin pour l'avoir nommé « l'œdème du poumon » ; le second, Robert Bree, pour en avoir assez clairement déjà indiqué le *mécanisme* : appuyé sur différents auteurs, et sur une observation personnelle, il explique que la pléthore sanguine, déjà responsable d'un certain degré de dyspnée permanente par la turgescence des vaisseaux comprimant les rameaux bronchiques, peut aussi occasionner des accès d'asthme convulsif lorsqu'elle aboutit à un épanchement de sérum dans les cellules pulmonaires. Ce qu'il faudrait, dit-il, c'est « diminuer la distension des vaisseaux

* Communication présentée à la séance du 19 février 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 49, rue Henri-Déchaud, F 42100 Saint-Etienne.

pulmonaires en déterminant le transport du sang vers la surface du corps (...), favoriser le passage du sang du côté droit au côté gauche du cœur, dissiper le sérum extravasé ».

Le cas de Laennec mériterait à lui seul une étude approfondie. Je me bornerai à trois remarques :

1) Il s'est mis d'emblée dans une position inconfortable — et qu'il aurait sans doute un jour corrigée s'il en avait eu le temps — en définissant l'OP « une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire », alors qu'il venait de décrire l'*engouement* presque dans les mêmes termes : il allait donc falloir décider : ou que l'*engouement* est un genre d'OP (disons : d'une nature particulière), — ou l'inverse, — ou définir ces deux entités plus précisément, d'une manière qui les distinguât.

2) Les symptômes de l'OP sont pour Laennec, de son propre aveu, « équivoques » et, de plus, les conditions dans lesquelles il pense l'avoir rencontré si nombreuses (elles vont des maladies du cœur, où il s'associerait à d'autres « hydropisies », aux fièvres longues et débilitantes ; — des complications de la rougeole ou des bronchites chez l'enfant, aux suites des pneumonies chez le vieillard), qu'on ne peut pas ne pas se demander s'il s'agit vraiment dans tous ces cas de la même « maladie ».

3) Le chapitre *De l'œdème du poumon*, dans l'édition définitive (1826) de l'ouvrage de Laennec, y apparaît en réalité comme une sorte de rescapé de la première édition, débordé, assailli, par toute une série d'observations plus récentes sur le même sujet, consignées dans d'autres chapitres. On se dit qu'une nouvelle rédaction de ce chapitre lui-même allait s'imposer : Laennec est mort sans avoir dit ici son dernier mot.

A l'opposé de Laennec, Andral ne va pas s'égarer dans un grand nombre de circonstances. Il isole l'OP hémodynamique (c'est après tout celui-là même qu'avaient aperçu principalement déjà Barrère et Robert Bree) : « simple transsudation mécanique d'une partie du sérum du sang lorsque celui-ci, consécutivement à la gêne de la circulation, remplit et distend outre mesure les vaisseaux infiniment déliés qui se ramifient dans la muqueuse des bronches » ; il décrit cette forme, la situe, la dénomme *œdème pulmonaire*, et il en attribue à Laennec la paternité. On peut dire qu'Andral a donné à sa propre conception de l'OP le nom de Laennec, comme on donne à une rose le nom d'un personnage que l'on veut honorer (1).

Dans la mesure où il limite ainsi, par une définition nouvelle, l'OP à l'une de ses formes, et bien particulière, Andral est amené à user du mot *d'engouement* dans bien des cas où Laennec aurait vu sans doute de l'OP. Il parlera, par exemple, facilement de « poumons engoués d'une grande quantité de sérosité ». Il réserve pourtant à l'*engouement* dans le sens particulier où l'entendait Laennec une place privilégiée. La description qu'il en donne

(1) Au moment où le volume paraissait, Laennec était gravement malade. Il a pu le « parcourir » encore avant de mourir.

mérite d'être relevée : « On sent, en comprimant le tissu (...), qu'il y a plus de liquide que d'air dans les vésicules pulmonaires (...), on croirait presser un poumon de fœtus qui n'a pas respiré. La couleur de la partie engouée est altérée ; sa rougeur brune ou vermeille contraste avec la teinte grise ou d'un rose pâle des portions saines. Si l'on incise ces parties engouées, on voit s'en écouler en grande quantité une sérosité rougeâtre et spumeuse. » Andral ajoute un peu plus loin qu'il est dans bien des cas difficile « de décider si cet engouement est véritablement inflammatoire ». — N'est-il pas évident, si nous voulons nous en tenir à la définition de Laennec de l'OP : « une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire », que nous sommes là en présence, sous un autre nom, d'une autre forme, mais d'une forme aussi, d'OP ?

Il y a deux formes d'OP

C'est ce que va déclarer en effet quelques années plus tard, en 1846, Français Legendre. Laissons un moment de côté cette deuxième forme et poursuivons d'abord, à partir d'Andral, l'histoire de l'OP hémodynamique.

**

I. L'OP hémodynamique

« Simple transsudation d'une partie du sérum », avons-nous dit, lorsque le sang « remplit outre mesure » les capillaires du poumon. Andral en dénonce aussitôt l'étiologie principale : les maladies du cœur, ainsi que les conditions pathologiques essentielles, au nombre de deux : la pléthore ou surabondance du sang ; l'insuffisance fonctionnelle du cœur gauche. A partir de là, après un assez long détour, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, c'est toute la doctrine actuelle de l'OP hémodynamique qui va prendre tournure : l'hypervolémie, la défaillance du cœur gauche, en resteront les piliers principaux. Quelques précisions complémentaires, que je vais seulement énumérer, en achèveront l'image peu à peu.

1. On comprendra de mieux en mieux — bien tard — la raison d'être de cette *hypervolémie*, si fréquente et si redoutable dans les cardiopathies : comment elle est en étroite dépendance de notre alimentation salée ; comment elle est le résultat presque obligé d'un mauvais fonctionnement du cœur, par un déficit du débit sur l'artère rénale.

2. On analysera mieux aussi le jeu, autour d'un niveau donné de la volémie, des variations du *retour veineux*, son importance dans le déclenchement de la crise d'OP (rôle des vasoconstricteurs périphériques, du froid, de l'effort musculaire, du décubitus).

3. On saura, depuis Leyden (1884), comment la survenue d'un *infarctus du myocarde* peut faire défaillir un ventricule gauche de façon extrêmement soudaine, et déclencher ainsi un œdème aigu du poumon (OAP) d'un instant à l'autre, sans motif apparent.

4. Andral savait que les œdèmes en général se trouvent facilités quand, selon l'expression populaire, « le sang se change en eau » ; l'importance de l'hydrémie dans la facilité du déclenchement d'un OP a été plus précisément indiquée par Bamberger (1857) ; l'importance de la *pression oncotique* des albumines du plasma est aujourd'hui clairement mesurée.

5. Et nous savons enfin, la chose est bien compréhensible, que l'étendue du *champ vasculaire disponible* pour le passage du sang dans le poumon peut présenter dans certains cas une importance décisive : si le lit est trop étroit la rivière déborde.

Tous ces paramètres pris en compte et synthétisés par les données du cathétérisme (Gorlin, 1951 ; Lenègre et Scébat, 1952), nous sommes arrivés aujourd'hui à une définition quasi mathématique du déterminisme de l'OP hémodynamique : chaque fois que le gradient de pression entre le sang dans le capillaire et l'air dans l'alvéole dépasse, de façon importante ou durable, le chiffre de la pression oncotique des albumines du plasma, l'OP survient, — lorsque le sang, disait Andral, « distend outre mesure » les capillaires du poumon.

J'ai dit : après un assez long détour. Je pourrais dire : après un siècle de tergiversations. Il serait fastidieux, d'ailleurs inutile, de nous y attarder. Deux noms, deux dates symboliques :

ANDRAL, 1843. — Cette année-là, tout à coup, brûlant ce qu'il a adoré, Andral répudie la notion même de volémie. Il remarque que nous n'en savons rien, que nous sommes incapables de la mesurer : n'en parlons donc plus, — la pléthore n'est peut-être qu'un excès de globules rouges dans le sang.

LAUBRY, 1943, sur l'OP dans l'infarctus du myocarde, déclarant qu'il s'agit là sans doute « davantage d'une perturbation vago-sympathique que d'une insuffisance ventriculaire » : c'est le chant du cygne des « théories nerveuses », dont il est lui-même en train de se détacher.

Entre-temps, une « théorie mécanique », de Welch (1878), extrêmement simpliste : ne considérant la circulation que comme un jeu de va-et-vient entre les deux ventricules : si le ventricule droit est plus fort que le gauche, l'OP est inévitable, voilà tout. Théorie refusée par les cliniciens au bénéfice de théories plus faciles et plus séduisantes, aortico-coronarienne ou réflexe (Huchard), rénale ou toxique (Dieulafoy), vago-sympathique ou nerveuse (Bouveret), malheureusement inconsistantes.

*
**

II. L'OP atélectasique

Revenons au point de bifurcation. Voici une portion de poumon, en contraste avec les régions voisines : elle est compacte, vidée d'air, plus ou moins rétractée, toute imbibée de sérosité, sans qu'on puisse à coup sûr parler « d'inflammation ». De quoi s'agit-il ?

— Pour Andral, c'est de l'engouement. — Pour Legendre (1846), c'est une forme particulière d'OP. Si OP veut dire, comme l'a proposé Laennec, une « infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire », c'est Legendre qui doit avoir raison.

Justement à cette époque, et depuis plusieurs années déjà, les pédiatres d'un peu partout signalent, parmi les complications de la bronchite ayant entraîné la mort, des lésions présentant précisément cet aspect-là. Nicolas Bailly, en 1844, par l'épreuve de l'insufflation par la bronche, vient de montrer qu'elles correspondent à un simple repliement du parenchyme sur lui-même, consécutif à l'oblitération de la bronche : si l'on insuffle de l'air dans la bronche, le tissu reprend son aspect normal. Bailly a dénommé ce phénomène un retour à *l'état fœtal*. Le nom d'*atélectasie* prévaudra. Il se trouve qu'une certaine infiltration œdémateuse est un accompagnateur presque obligé de l'atélectasie : œdème atélectasique.

L'histoire de *l'œdème atélectasique* va donc se confondre avec celle de l'atélectasie. Je veux seulement, très succinctement, en marquer les étapes.

BAILLY, 1844 : « L'altération morbide à laquelle nous donnons le nom d'état fœtal domine (...) toute la pathologie du poumon dans la première enfance (...). Lorsqu'on examine le tissu pulmonaire ainsi affecté, on le trouve privé d'air et ne crépitant plus à la pression. Il est charnu, compact, mais souple, flasque (...). Sa consistance est variable *selon la proportion des liquides qui le pénètrent, ordinairement plus grande qu'à l'état normal* (...). On en fait suinter, par la pression, plus ou moins de sérosité (...). L'insufflation fait pénétrer l'air dans toutes les vésicules et rend à l'organe ses caractères physiologiques. » — Il en définit les conditions étiologiques : « Le catarrhe bronchique en s'opposant à la pénétration de l'air dans les vésicules (...); la faiblesse native des enfants ou celle qui résulte des maladies plus ou moins longues, et dans lesquelles on a employé des médications débilitantes. » — sans compter quelques facteurs mécaniques accessoires, comme couches trop serrées, immobilité, décubitus prolongé, tout ce qui peut nuire à la liberté des mouvements respiratoires, compromettre l'efficacité de la toux.

Comme la proportion des liquides pénétrant le tissu pulmonaire atélectasié est variable, on va pouvoir distinguer des formes différentes :

— *une atélectasie simple* : le tissu apparaît replié sur lui-même et sec : éventualité plutôt rare ;

— *une atélectasie congestive* : les vaisseaux sont en outre turgescents ;

— *une atélectasie œdémateuse* : une sérosité extravasée occupe ce qui reste de lumière aux alvéoles.

La forme la plus habituelle de beaucoup se situant dans un certain mélange de congestion et d'infiltration.

Le mémoire de Bailly — Bailly et Legendre, mais on devine que Legendre ne s'y est associé qu'avec beaucoup de réticence — a eu tout de suite dans toute l'Europe un retentissement considérable. La possibilité pour le tissu

atélectasié de retrouver son aspect normal par la simple épreuve de l'insufflation est une révélation. West, en Angleterre (1848), évoque à son sujet l'œuf de Christophe Colomb ; Fuchs, en Allemagne (1849), explique tout de suite l'atélectasie par une résorption de l'air alvéolaire dans le sang, tandis que Gairdner, d'Edimbourg (1850), pense que cet air a été simplement expulsé par la toux, etc. Rilliet et Barthez, enfin, reprennent, en 1853, dans la deuxième édition de leur ouvrage, « à la lumière des travaux de MM. Bailly et Legendre », l'ensemble de la question. Il y a, expliquent-ils, en effet, comme l'a bien vu Legendre, deux formes d'œdème pulmonaire :

- *L'OP simple.* — C'est la forme d'Andral, déjà classique : un OP aéré, plus ou moins généralisé, s'extériorisant en principe par une expectoration spumeuse ;
- *l'OP avec affaissement.*

Et trois formes d'atélectasie :

- *l'affaissement simple* (état fœtal simple de Legendre et Bailly) ;
- *la congestion lobulaire avec affaissement* (état fœtal congestionnel) ;
- *l'OP avec affaissement.*

L'explication de l'atélectasie par une résorption de l'air alvéolaire dans le sang circulant sera bientôt universellement admise et, d'ailleurs, expérimentalement confirmée. Elle n'explique malheureusement pas la coexistence de la congestion vasculaire et de l'œdème avec l'affaissement — au moins à première vue. Alors, trois attitudes possibles :

1. Des esprits simples et logiques voudront s'en tenir à une définition minimale et élémentaire de l'atélectasie : c'est, disent-ils, le repliement sur soi du parenchyme, le simple affaissement, par résorption de l'air contenu. S'il s'y ajoute de la congestion vasculaire et de l'œdème, nous ne pouvons pas dire atélectasie. Il y a autre chose, ou autre chose avec. Pinner défendra cette position encore en 1945 (2).

2. L'immense majorité des auteurs intégrera tranquillement, « objectivement », la turgescence vasculaire et l'infiltration œdémateuse au tableau *normal* de l'atélectasie, sans chercher plus loin. A commencer par Rokitsansky, le plus autorisé d'entre eux — dès 1855 : c'est comme ça parce que c'est comme ça.

3. Quelques esprits plus hardis, plus imaginatifs, avancent une explication : la turgescence vasculaire et l'œdème surviennent, disent-ils, à cause d'un effet de ventouse, attirés par le vide alvéolaire. Niemeyer (1873) : « une

(2) « If the intrapulmonary air is replaced by inflammatory exudate, by edema fluid or by fibrous tissue, the resulting conditions are not and should not be called atelectasis, but pneumonia, pulmonary edema, and fibrosis, respectively. »

raréfaction de l'air dans les alvéoles provoque une fluxion vers le poumon comme une ventouse » ; Balzer (1878) : « puissamment attiré par le vide qui résulte de l'affaissement des vésicules, le sang vient distendre les vaisseaux et prendre la place de l'air expulsé ».

Cette conception est absolument rejetée par les physiologistes de l'époque. Incapables de se représenter les gaz du sang autrement qu'en équilibre avec la pression atmosphérique, ils ne voient pas d'où viendrait cet effet de ventouse. Pour eux, si la dernière parcelle gazeuse est encore résorbée, ce ne peut être que par une certaine exigence de l'élasticité pulmonaire. « On est, écrit Lichtheim (1879) contraint d'admettre une élasticité du poumon telle, qu'elle ne sera satisfaite que lorsque la dernière trace de bulle d'air aura été chassée. » (... zu der Annahme gedrängt, dass die Elasticität des Lungenparenchyms nicht eher befriedigt ist, bis das letzte Luftbläschen aus derselben *ausgetrieben* ist »). Evidemment, s'il en est ainsi, si l'air alvéolaire est seulement *chassé* dans le sang par la vertu de l'élasticité pulmonaire, il n'y a pas de vide qui tienne ni d'effet de ventouse : la fluxion et l'œdème restent inexpliqués.

Exactement 50 ans après ce verdict de Lichtheim, c'est un autre physiologiste qui donnera le mot de l'énigme, Yandell Henderson (1929) : il démontre (3) que, si les gaz du *sang artériel* sont effectivement en équilibre avec ceux de l'alvéole, donc au total à la pression atmosphérique, il est loin d'en être de même de ceux du *sang veineux*. Vidé d'oxygène, enrichi de gaz carbonique dans une moindre proportion, le sang veineux arrive au poumon véritablement assoiffé d'air ; la pression des gaz n'y est, globalement, que de 960 mm d'H₂O, — 73 mm d'H₂O par rapport à l'atmosphérique ; une dépression énorme (4). L'effet de ventouse est donc bien réel. Niemeyer avait raison. Avalé par le sang veineux, l'air se raréfie dans l'alvéole, cette raréfaction oblige les parois alvéolaires à se rapprocher, les capillaires à se distendre et, si la pression dans l'alvéole s'abaisse outre mesure, *au moment où la pression oncotique se trouve débordée*, la sérosité œdémateuse s'en vient envahir la place demeurée vacante.

Nous aboutissons ainsi, pour l'OP atélectasique, à une formule toute aussi mathématique que dans le cas de l'OP hémodynamique, exactement symétrique. C'est dans les deux cas le même gradient qui décide :

$G = \text{Pression du sang dans le capillaire} - \text{Pression de l'air dans l'alvéole.}$

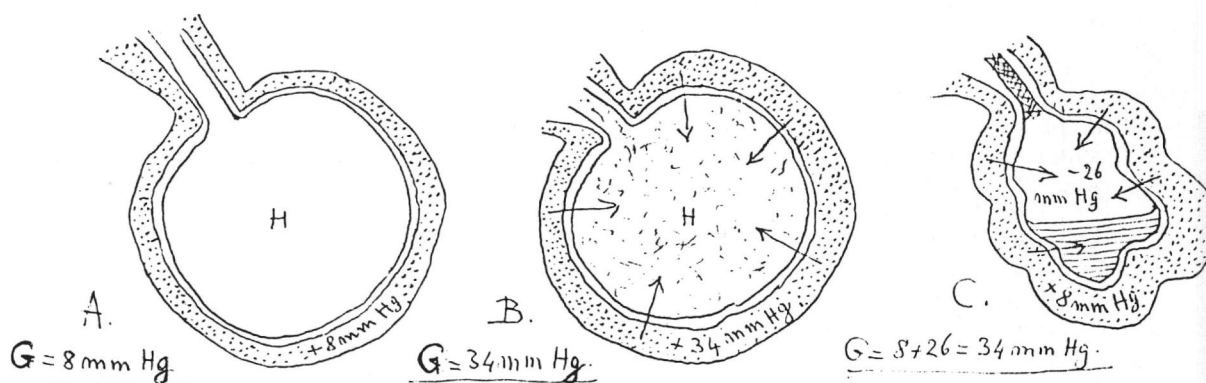
Ce gradient, de 8 mm Hg dans des conditions physiologiques, s'il ne s'élève que modérément, cette élévation ne se traduira que par une dilatation des capillaires. S'il dépasse le chiffre de la pression oncotique des albumines du plasma de façon notable, s'il atteint par exemple 34 mm Hg (chiffre proposé par Lenègre et Scébat), la transsudation est inévitable.

(3) Son mémoire de 1932 est toutefois plus explicite.

(4) (Ou 706 mm Hg, donnant une dépression de — 56 mm Hg, par rapport aux 760 mm Hg, de l'atmosphérique).

Nous avons tenté de résumer ces données par le schéma que voici :

Schéma du mécanisme de l'OP



Nous appelons G le gradient entre la pression du sang dans le capillaire et la pression de l'air dans l'alvéole : $G : P \text{ cap.} - P \text{ alv.}$ Il est normalement de 8 mm Hg environ. La force opposée, qui retient en permanence la sérosité salée dans le sang, est la pression oncotique des albumines du plasma, normalement de 28 mm Hg environ.

— En A, nous avons représenté les chiffres normaux schématiques : la pression alvéolaire est égale à l'atmosphérique (H), la P capillaire la dépasse de 8 mm Hg environ, les dimensions de l'alvéole et du capillaire sont normales et la pression oncotique maintient l'alvéole à sec.

— En B, les conditions sont celles d'un OP hémodynamique : la P alv. est encore égale à l'atmosphérique (H), mais la P capillaire est considérablement augmentée, le capillaire est dilaté, la P oncotique est dépassée, — l'exsudation se produit (elle a quelque chance de s'extérioriser par une expectoration mousseuse).

— En C, les conditions sont celles d'un OP atelectasique : la P capillaire est normale, mais la bronche s'étant bouchée, la P alv. s'est considérablement abaissée malgré la réduction, importante déjà, du volume de l'alvéole. Par effet de ventouse, le capillaire s'est dilaté à son maximum. De nouveau la pression oncotique est forcée, l'exsudation se produit (ici, elle ne sera pas extériorisée).

Mieux comprise, l'atélectasie dans les années 1930 à 1940, est reconnue dans son ubiquité : elle se rencontre à tous les tournants de la pathologie respiratoire.

On la connaissait dans les broncho-pneumonies, dans l'obstruction bronchique évidente par corps étranger ou par compression extrinsèque de la bronche ; on la retrouve dans les suites opératoires, dans « l'épithuberculose »,

dans la pathogénie de la dilatation des bronches, dans la rétraction des lésions tuberculeuses, dans l'environnement du cancer bronchique, etc. — la plupart des auteurs mettent l'accent sur son caractère congestif et œdémateux, pseudo-inflammatoire : engorgement, infiltration atélectasiques (« atelektatische Anschoppung, Durchtränkung ») de Fleischner, poumon noyé (« drowned lung ») de Johnston, atélectasie mouillée (« wet atelectasis ») d'Edna Jones, poumon inondé (« überschwemmte Lunge ») de Hermann et Von Eicken, « véritable apoplexie séreuse » de Jean Baumann, sont quelques-unes des expressions mises en avant pour caractériser ce type de lésions. Nous dirons seulement : *atélectasie œdémateuse*, ou *œdème pulmonaire atélectasique*. C'est un OP partiel et non aéré, bien particulier, même si son origine atélectasique n'a pas toujours sauté aux yeux du premier coup.

**

III. Cas particuliers. Formes mixtes

1. L'OP terminal des tuberculeux

Pour Laennec, cet « accident des derniers moments de la vie » n'a rien de spécifique. Il ne s'observe pas seulement chez des tuberculeux, mais « chez des sujets épuisés par une longue maladie... » ; le tableau en est fruste : « une prostration subite (...), le coma ou le râle trachéal (...), et l'agonie » ; l'interprétation anatomique, hésitante : est-ce une pneumonie : « pneumonie des agonisants » ? — est-ce un catarrhe compliqué d'OP : « catarrhe suffocant des agonisants » ?

Cohnheim (1877), frappé à son tour par la fréquence de l'OP comme épisode terminal dans bien des maladies, observe que ces gens-là « ne meurent pas parce qu'ils font de l'OP, ils font de l'OP parce qu'il sont en passe de mourir ». Il en cherche la cause. Une hypothèse le tente : ne serait-ce pas que le cœur droit, « ultimum moriens », chasserait encore du sang dans le poumon, alors que le gauche aurait cessé de fonctionner ? — ce serait une illustration de la thèse de son élève Welch, expliquant l'OP par une dissymétrie dans l'action des deux ventricules...

Mlle Delhomme, dans sa thèse (1935) revient sur le même sujet. Sa description est claire, et répond tout à fait à notre expérience de phtisiologue (de cette époque aujourd'hui révolue) : il s'agit d'un tuberculeux à la dernière extrémité, amaigri, affaibli, de surface respiratoire réduite. Il est, depuis quelques semaines peut-être, dans un équilibre à peu près stationnaire, mais il s'affaiblit pourtant peu à peu ; il s'épuise à dégager de vilains crachats de plus en plus desséchés et visqueux. A la fin, il renonce, un dernier crachat est resté en chemin, le visage se cyanose un peu, c'est la fin. — A l'autopsie, on découvre qu'un des derniers territoires respectés par la tuberculose est envahi d'un œdème congestif et peu aéré ; les portions concernées « ne crépitent plus sous la pression ou crépitent peu, elles sont plus denses que le poumon, normal (...), les alvéoles sont gorgées d'œdème » : la plus belle description qui soit d'un œdème atélectasique.

2. Des formes mixtes

Les conditions, schématiquement différentes, susceptibles de déclencher l'OP hémodynamique, ou atélectasique, augmentation de la pression sanguine dans le capillaire d'un côté, abaissement de la pression aérienne dans l'alvéole de l'autre, peuvent aussi s'associer.

D'abord elles peuvent se rencontrer à peu près simultanément chez le même malade. C'est le cas, bien souvent, chez les petits malades de Legendre, ou de Rilliet et Barthez, relevant de scarlatine, menacés à la fois d'anasarque, donc d'un éventuel OP hémodynamique, et d'OP atélectasique par broncho-pneumonie.

Ensuite l'OP hémodynamique peut se compliquer d'atélectasies : l'abondante sécrétion mousseuse y est un facteur évident à la fois d'encombrement bronchique et d'asphyxie, mettant en péril les forces du malade en même temps que la perméabilité des petites bronches ; des territoires risquent de se trouver exclus de ce fait : ce seront des atélectasies. Huchard, Méry et Babonneix, Dieulafoy ont bien signalé cette éventualité : l'ensemble du parenchyme est aéré et surnage, certaines portons, plus condensées, tomberaient dans le fond du vase.

En sens inverse, l'atélectasie d'un territoire étendu crée des conditions éminemment favorables au déclenchement d'un OP hémodynamique secondaire, dans toute la portion du poumon demeurée perméable, si celle-ci, réduite, devient incapable de contenir la surcharge circulatoire dont elle est accablée. Les broncho-pneumonies de l'épidémie de « grippe espagnole » de 1918 en ont fourni plus d'un exemple.

3. L'intoxication par les gaz de combat

L'intoxication par les gaz de combat dits « caustiques » doit être ici surtout considérée. Elle est sans doute le meilleur exemple d'un OP d'abord atélectasique, susceptible de se généraliser.

Que cet OP soit de point de départ atélectasique paraît hors de doute. La lésion est essentiellement bronchique. Intéressant les petites bronches, elle déclenche, par oblitération de leur lumière, des foyers « broncho-pneumoniques » d'atélectasie œdémateuse.

Déjà Jürgensen en 1876, après avoir défini la « pneumonie catarrhale » comme un processus toujours consécutif aux lésions des bronches, nommait parmi ses causes l'inhalation de vapeurs irritantes et notamment de chlore. Il en avait expérimenté l'effet sur des animaux. Ces notions se sont trouvées confirmées en grand, pendant la guerre de 1914-1918. Elles ont été reprises encore, expérimentalement, en 1920, chez le chien, par Winternitz : par des recherches histologiques minutieuses, cet auteur démontre que les lésions — il s'agit de celles provoquées par le phosgène — sont bronchiques et ne vont pas au-delà : l'épithélium alvéolaire est intact. Mais un OP avec vaso-

dilatation intense des capillaires se déclenche. Pour nous qui le lisons, il s'agit bien, j'allais dire : de toute évidence, d'un œdème atélectasique lié à l'imperméabilisation de la bronche.

Cliniquement, dans les formes suraiguës, tout se passe comme si l'intoxiqué succombait tout de suite à un OP suraigu généralisé, les différents facteurs, intervenant pour ainsi dire tous en même temps, sont trop intriqués pour que nous puissions les distinguer. Dans les cas d'une atteinte moins profonde, les choses évoluent au contraire en deux temps : après les premières bouffées, un certain nombre de bronches sont oblitérées, d'autres sont demeurées perméables. Le malade, qui s'est senti « serré », suffoqué, se reprend : s'il ne bouge pas, s'il est maintenu dans un calme absolu, au chaud, au repos, il pourra guérir. Le même malade au contraire, s'il se relève, s'il veut rejoindre lui-même l'ambulance, succombe de façon dramatique à un OP généralisé. A l'autopsie : des parties d'atélectasie, le reste du poumon envahi d'un OP mousseux, aéré...

**

IV. Les œdèmes pulmonaires lésionnels

Dans tous les cas que nous avons envisagés, le parenchyme pulmonaire n'est apparu que comme le lieu, le théâtre, d'une inondation. A cause d'une « intempérie », d'un déséquilibre de pression dont il n'est pas responsable, l'inondation déferle, il la subit.

Il s'agit évidemment de tout autre chose si la cloison alvéolo-capillaire est, elle-même, détruite. — Un certain nombre de faits ont montré que cette éventualité aussi doit être envisagée. L'inhalation prolongée d'oxygène à haute concentration ou de certains gaz toxiques (à dose non caustique, mais agissant pendant une période suffisante), l'action des radiations, l'introduction dans l'économie de certaines substances chimiques (alloxane, dérivés salicylés ou de la thiourée, herbicides comme le paraquet) peuvent aboutir, après un temps de latence, à des altérations électives, anatomiquement constatées, de la cloison alvéolo-capillaire, à un gonflement, à une destruction des cellules. Il en résulte une exsudation richement albumineuse dans la lumière alvéolaire, des dépôts de fibrine, une formation de « membranes hyalines ». Il s'agit là d'un OP *lésionnel*, aussi véritable, aussi véritablement lésionnel que le serait, dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'œdème d'un anthrax ou d'une piqûre d'abeille. Il peut se manifester de façon dramatique ; il peut, plus sournoisement, sans s'extérioriser, conduire à de petites atélectasies disséminées, à une fibrose interstitielle diffuse, à une détresse respiratoire progressive.

Tout près de là — nous sommes dans le lésionnel, peut-être débordons-nous le cadre étroit de l'OP — il y a tout l'ensemble des conséquences possibles, sur le parenchyme du poumon, d'une ischémie prolongée : conséquences sur les cellules, ou n'intéressant que les surfactants. Le syndrome des mem-

branes hyalines chez les nouveau-nés en serait un exemple ; mais des situations analogues chez l'adulte seraient également à considérer, par exemple dans les suites d'une CEC (circulation extra-corporelle, poumon plus ou moins décircuité). Un *état prolongé d'atélectasie* enfin, quelle qu'en ait été la cause initiale, pourrait entraîner des modifications analogues, ne se manifestant qu'au redéploiement, lésant les cellules, ou modifiant seulement leur couverture en surfactant : une explication plausible des classiques OP « a vacuo » des ponctions évacuatrices de la plèvre.

Tous ces faits, nombreux, un peu disparates, et qui n'intéressaient pas d'abord notre pratique quotidienne, attirèrent jadis assez peu l'attention. Ils ne concernent pas véritablement le chapitre traditionnel de l'OP. Ils ouvrent bien plutôt un chapitre nouveau : de la *pathologie de la membrane alvéolo-capillaire*, destiné peut-être, avec le développement des techniques de la réanimation, à prendre de plus en plus d'importance.

Il ne faudrait pas cependant, dans le vent de ces découvertes nouvelles, se laisser aller à généraliser. Ce serait une erreur que d'attribuer à la légère à *des lésions hypothétiques des cellules alvéolaires*, une transsudation œdémateuse tout simplement commandée par des conditions mécaniques. Certains auteurs sont indubitablement tombés dans ce piège.

En 1948, Gibbon et coll., aux Etats-Unis, expérimentant sur l'intoxication aiguë par le phosgène, s'étonnent de leurs constatations. A la vérité, elles ne diffèrent en rien de celles de Jürgensen ou de Winternitz, que nous avons évoquées plus haut, c'est l'image ordinaire d'un OP atélectasique :

- des lésions importantes de bronchite oblitérante ;
- des alvéoles intacts ;
- une exsudation séreuse dans la lumière alvéolaire ;
- une turgescence des vaisseaux dans le même territoire.

Le nouveau, c'est que ces auteurs ignorent l'atélectasie, tout à fait passée de mode aux Etats-Unis à cette époque-là. Ils se trouvent alors devant une énigme : comment expliquer cet œdème ? — la pression du sang dans les vaisseaux est normale, ils l'ont vérifiée : impossible donc d'évoquer un facteur hémodynamique ; les *lésions bronchiques*, si évidentes, ne leur paraissent pas davantage susceptibles d'expliquer cet œdème, puisqu'il est, lui, *alvéolaire*, donc situé à une certaine distance. Ils se sentent alors obligés d'invoquer *une lésion, quoique invisible, de la paroi alvéolaire* : « Despite our inability to find histologic evidence of endothelial damage, we must postulate that such damage is present ». — La même année, Cameron à Londres, ayant attiré l'attention sur la réalité de certains OP lésionnels, n'avait-il pas suggéré d'en étendre éventuellement la notion ?

Visscher et coll. reviennent sur ce même problème en 1956, tout à fait dans le même état d'esprit. Ils mettent pourtant le doigt sur deux difficultés : — la première, n'est-il pas paradoxal de voir cette exsudation œdémateuse surgir précisément dans les territoires où les lésions de bronchite oblitérante

sont à leur maximum, c'est-à-dire là où les alvéoles auraient dû logiquement se trouver le mieux protégées de l'arrivée des gaz toxique ? ; — la seconde : si la lésion alvéolaire une fois admise — quoique invisible — expliquerait, en effet, l'extravasation, pourquoi la turgescence vasculaire ? Ne lui faut-il pas aussi une explication ? — Ils la trouveront dans une deuxième hypothèse : c'est que, sous l'influence du toxique, la vasomotricité du capillaire se sera trouvée perturbée...

Plus récemment (1970), Duroux, Robillars, Caubarrère, Ruff et P. Even, en proposant de classer les OP en *hémodynamiques* et *lésionnels*, ont introduit en France cette même tendance, un peu inquiétante, de faire fi de l'atélectasie.

Si nous voulons interpréter correctement des faits nouveaux, se présentant à notre observation, une connaissance approfondie des données anciennes et des interprétations auxquelles elles ont donné lieu ne devrait pas être tenue pour superfétatoire.

ELEMENTS FOR A HISTORY OF THE PULMONARY OEDEMA

After having recalled the work of Barrère, Robert Bree, Laennec, Andral, the author deals shortly with the history of the hemodynamic and atelectasic pulmonary oedema. He mentions some special cases such as the terminal p.o. of the tubercular patients and the p.o. caused by war gases. Near these "historical" cases, a special place is reserved to the lesional p.o. which has been discovered more recently.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL G. — « Clinique médicale ». - Nous citons sur la deuxième édition (1829).
 ANDRAL G. — « Essai d'hématologie pathologique. - Paris, 1843.
 BALZER F. — « Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie ». - Thèse, Paris, 1878.
 BAMBERGER. — « Lehrbuch der Krankheiten des Herzens ». - Wien, 1857.
 BARRÈRE. — « Observations anatomiques ». - Nouvelle édition augmentée. - Perpignan, 1753.
 BREE R. — « Recherches sur les désordres de la respiration ». - Trad. de l'anglais, Paris, 1819.
 CAMERON G.R. — « Pulmonary oedema ». - *Brit. med. J.*, mai 1948.
 DELHOMME H. — « Les lésions terminales du poumon tuberculeux ». - Thèse, Paris, 1935.
 DUROUX, ROBILLARD, CAUBARRÈRE, RUFF et P. EVEN. — « Physiopathologie de l'OP. - Cœur ». - Vol. 1, Maloine édit., Paris, juin et juillet 1970.
 FUCHS C.F. — « Die Bronchitis der Kinder ». - Leipzig, 1849.

- GIBBON M.H. et coll. — « Studies on exp. phosgene poisoning ». - *J. of thor. Surgery*, 17, 246, 1948.
- HENDERSON Y. — « The physiology of atelectasis ». - *J.A.M.A.*, 93, 196, 1929.
- HENDERSON Y. et M. — « The absorption of gas from any closed space within the body ». - *Arch. of internal Med.*, 49, 88, 1932.
- JÜRGENSEN. — In « Ziemsen Handbuch der spec. Path. n. Theraph. ». - Leipzig, 1876, t. V.
- LAUBRY Ch. — « Leçons de Sémiologie cardio-vasculaire ». - Paris, 1924.
- LAUBRY Ch. et SOULIÉ P. — « Les maladies des coronaires ». - Paris, 1943.
- LEGENDRE et BAILLY. — « Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon chez les enfants ». - *Arch. gén. de Méd.*, janvier 1844.
- LEGENDRE F. — « Recherches sur quelques maladies de l'enfance ». - Paris, 1846.
- LENÈGRE et SCEBAT. — « Contribution à l'étude physio-patho. de l'OP aigu des cardiaques ». - *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 136, 172, 1952.
- LICHTHEIM. — « Versuche über lungenatektase ». - *Arch. f. exp. Path. u. Pharmak.*, 10, 54, 1879.
- MERKLEN P. — « Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur », publiées par J. Heitz, Paris, 1908.
- NIEMEYER. — « Eléments de pathologie interne et de thérapeutique », 3^e éd. française, d'après la 8^e éd. allemande, Paris, 1873.
- PINNER P. — « Pulmonary tuberculosis in the adult ». - Springfield, U.S.A., 1945.
- RILLIET et BARTHEZ. — « Traité des maladies des enfants ». - 2^e éd., Paris, 1853.
- ROKITANSKY. — « Lehrbuch der path. Anatomie ». - 3. Aufl., Wien, 1855.
- SAHLI H. — « Zur Pathologie u. Therapie des lungenödems ». - *Arch. f. exp. Path. u. Pharmak.*, 19, 433, 1885.
- SEIFERT. — « Die Bronchiopneumonie der Neugeborenen ». - Berlin, 1837.
- TROCMÉ C. — « Histoire de l'atélectasie ». - *Ann. de Méd.*, 52, 142, 196, 1951.
- TROCMÉ C. — « L'atélectasie découverte et délaissée ». - Cl.A. Reynaud et Nicolas Bailly, *Hist. des Sc. médicales*, 13, 441, 1979.
- VISSCHER M.B., HADDY F. and STEPHENS Gwen. — « The physio. and pharmac. of lung edema ». - *Pharmac. Review*, 8, 384-434, 1956.
- WELCH W.H. — « Zur Pathologie des Lungenödems ». - *Virchows Arch.*, 72, 375, 1878.
- WINTERNITZ M.C. — « The pathology of was gas poisoning ». - Yale University Press, New Haven, 1920.
-

Sur les origines possibles de la ségrégation des Cagots *



par Yves GUY **

(Centre d'Hémotypologie du C.N.R.S., C.H.U. Purpan et Institut pyrénéen
d'Etudes anthropologiques)

Les Cagots ont constitué un groupe de personnes marginalisées dans le Sud-Ouest de la France pendant plusieurs siècles. Les nombreux procès, interdits, surtout religieux et parfois cruels rapportés depuis le XI^e siècle montrent qu'ils posaient des problèmes sociaux.

On s'est demandé quelle pouvait être leur origine. On pensait jusqu'au XIX^e siècle que c'étaient les descendants d'hérétiques (Wisigoths ariens, Sarrazins, Cathares, etc.). Il faut attendre le milieu du dernier siècle pour que quelques auteurs en fassent des lépreux ou des descendants de lépreux sans aucune preuve, tandis que d'autres se mirent à nommer ainsi les idiots des villages, bien souvent goitreux.

Des groupes humains marginalisés ont toujours habité en France. L'origine de certains est connue : Israélites plus ou moins convertis (les Marranes), Bohémiens. D'autres ont disparu. On a peu parlé de l'origine de certains comme les Colliberts du Poitou ou les Marrons de l'Auvergne. On n'a formulé aucune hypothèse sur celle des Cabaniers ou des Nioleurs, entre autres.

* Communication présentée à la séance du 19 février 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 2, rue Jolimont, 31500 Toulouse.

Il est une autre race maudite dont on a, en revanche, parlé davantage, non pas dans l'ensemble de la France, mais dans le seul Sud-Ouest : c'est celle des Cagots. Mais « Cagots » n'est qu'un terme global recouvrant plusieurs groupes marginalisés d'origine non assurément identique. « Cagots » se retrouve en Béarn, Hautes-Pyrénées et Haute-Garonne. On les nommait « Capots » dans le Gers, « Agotac » en Pays Basque français et « Agotes » en Pays Basque espagnol. Un nom plus éloigné de l'étymologie si discutée du terme « Cagot » est « Gahets » dans les Landes et le Bordelais. Quant aux « Kakous » ou « Caqueux » de Bretagne, leur origine ethnique était vraisemblablement différente.

Ces noms étaient autant d'injures dont Louis XIV interdit l'emploi sous peine d'amende. Leurs porteurs subirent nombre de vexations, d'humiliations et d'injustices. Ils ne pouvaient se marier qu'entre eux ; ils ne pouvaient habiter dans le village même ; ils ne pouvaient exercer que certains métiers (charpentiers en Béarn, bûcherons dans le Gers, cordiers en Bretagne) ; ils ne pouvaient entrer au cabaret, etc. Mais c'est surtout dans leur pratique religieuse qu'ils étaient odieusement brimés. Parqués pendant les offices au fond de l'église, ils ne pouvaient y pénétrer que par une petite porte spéciale ; un bénitier particulier leur était imposé ; ils ne pouvaient prendre part au baiser de paix ; ils passaient après les fidèles « normaux » à l'offertoire. Leur marginalisation débutait au baptême célébré sans carillon et à la nuit tombée (la mention « Cagot » ou son synonyme érudit « Gézitain » était porté sur le registre paroissial) et se terminait après leur mort puisqu'ils avaient un cimetière à part.

Les auteurs contemporains des Cagots estimaient dans leur grande majorité que l'origine de la ségrégation des Cagots était l'hérésie des plus anciens d'entre eux : arianisme des Wisigoths, mahométanisme des Sarrazins, Cathares.

Puis les Cagots, après avoir posé bien des problèmes par leurs procès, leurs réclamations adressées au Pape, au Roi, aux Parlements, leur irrésistible ascension sociale, disparurent peu à peu, soit par dépression par consanguinité, soit par métissage. On était alors au dernier quart du XVIII^e siècle et au XIX^e siècle. On se souvenait du sobriquet si utilisé dans le passé et on se mit à désigner ainsi les simplets des villages ou les goitreux ou les crétins (Tucoo-Chala, entre autres). Objets de dégoût autrefois, les Cagots devenaient objets de dérision.

C'était l'opinion de plusieurs comme Ramond, habitué auparavant aux Alpes et à ses goitreux qui ne portaient pas de sobriquet. Son influence fut assez grande pour que Littré, à sa suite, définisse les Cagots comme « une race de crétins ». On se préoccupait plus alors de l'origine de ces derniers, sinon pour supposer, comme Ramond, qu'ils descendaient de Wisigoths restés en France et dont le long isolement et l'endogamie forcée au cours des siècles avaient fini par aboutir au crétinisme. On utilisa ainsi pour désigner les crétins relativement nombreux un sobriquet méprisant et injurieux employé de tout temps à jamais, mais qui désignait une autre catégorie de

parias. Deville, Cénac-Moncaut admettaient également la synonymie : goitreux-crétins-Cagots.

Certains s'élevèrent contre cette assimilation d'origine récente : Francisque-Michel, professeur de lettres à Bordeaux, l'avocat Cordier, Bourdette, l'historien du Lavedan, Palassou enfin. Mais surtout Auzouy, médecin-chef de l'asile psychiatrique de Pau qui, après enquête minutieuse, déclarait que les crétins-goitreux n'étaient pas des Cagots et affirmait que l'erreur de Ramond était « pitoyable ». On en était donc là au XIX^e siècle et personne ne se préoccupait plus de l'origine des Cagots parce que ceux-ci n'étaient plus gênants.

Mais on était ainsi arrivé à une période de « rationalisation scientifique » et pour la première fois dans l'histoire dans la phase de l'étude médicale des Cagots et des hypothèses médicales sur leur origine. Quelques médecins retiennent donc notre attention à présent ; rappelons le docteur Auzouy, constatant que les Cagots et les goitreux ne présentaient aucune corrélation ; citons le docteur Aparisi-Serres qui intitulait un long article : « Cagots et lépreux : deux choses ». De Rochas était médecin colonial ; pour lui, les Cagots descendaient de lépreux particuliers : les albinos (1875, 1876). Zambaco-Pacha était le médecin particulier du Sultan de Turquie ; venu se promener en France, il trouvait « une foule » de lépreux et leurs descendants, les Kakous en Bretagne et les Cagots dans le Sud-Ouest, 1892, 1893). Et surtout le docteur Fay, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, dont le nom reste attaché à la prétendue synonymie Cagots-lépreux (1907, 1910). Personne n'a remarqué qu'il ne s'agissait là que d'hypothèses intellectuelles sans fondement scientifique.

En effet, se fondant sur une phrase équivoque de Gui de Chauliac (où il était question de « Cassot » et non de « Cagots »), sur un passage du traité d'Ambroise Paré et le livre de Laurent Joubert qui diffusait les idées de Chauliac, Rochas, mais surtout Zambaco et Fay soutenaient que la lèpre est une maladie héréditaire : les anciens atteints étaient des Cagots et leur progéniture constituait donc des descendants de lépreux.

Rochas avait vu des albinos en Océanie et assimilait l'albinisme à la lèpre. On a nettement l'impression que la seule raison pour laquelle il s'est brusquement occupé des Cagots était sa volonté d'imposer la synonymie albinos-lépreux, parce que les Cagots avaient un teint pâle.

Fay était beaucoup plus précis dans un livre de 784 pages, paru en 1910, sur la façon dont Chauliac diagnostiquait la lèpre. L'examen clinique et biologique de Gui de Chauliac était très précis. Il retenait sept signes univoques (pathognomoniques) et seize équivoques (d'orientation). Certains étaient de « bons » signes, mais d'autres laissent rêveur.

Ses signes univoques étaient les suivants : 1) rondeur des yeux et des oreilles ; 2) dépilation et grosseur ou tubérosités des sourcils ; 3) dilatation et « torsure des narilles par dehors avec estroitesse intérieure » ; 4) laideur des lèvres et voix rauque ; 5) puanteur de l'haleine et de tout le corps ;

6) regard « fixe et horrible en manière de la beste Démon » ; 7) nez camus et lèvres grosses.

Fay s'est souvent contredit. En voici la preuve : Il a écrit : « On a remarqué que les signes univoques de la lèpre que donne Gui de Chauliac ont presque toujours été constatés surabondamment chez les Cagots ». Mais il reconnaissait lui-même dans les 9 pages précédentes que l'on n'avait jamais pensé que les Cagots aient présenté les signes 2, 3, 6 et 7, soit 4 sur 7. Que reste-t-il ? La rondeur des oreilles, la laideur des lèvres et la puanteur. On admettait effectivement, se fondant sur 2 ou 3 dictons et une chansonnette que les oreilles des Cagots étaient sans lobe. Cependant, en 1892, deux médecins Lajard et Régnault, avaient enquêté à ce sujet, défini un étalon (toute oreille dont le lobule ne mesure pas plus que 1,5 mm est une oreille cagote) et mesuré les oreilles des Cagots assurés comme tels par leur voisinage. Ils concluaient que chez les Cagots, 15 % seulement avaient des oreilles cagotes. Quant à la puanteur, il est bien inutile de rappeler la symbolique de la mauvaise odeur : tout ce que l'on n'aime pas pue.

Voici à présent les signes équivoques retenus par Chauliac :

1) dureté et tubérosités de la chair ; 2) couleur de morphée et ténébreuse ; 3) chute des cheveux ; 4) consommation des muscles et principalement du pousse ; 5) insensibilité et stupeur ; 6) rognés, dartres, couperose et ulcérations ; 7) grains sous la langue, sous les paupières et derrière les oreilles ; 8) ardeur et sensation de piqûres d'aiguille ; 9) chair de poule, « à mode d'oye plumée » ; 10) l'eau jetée sur le corps glisse sans le mouiller ; 11) absence de fièvre ; 12) les « lépreux sont fins et trompeurs, furieux, et se veulent trop ingérer sur le peuple » ; 13) « ils ont des songes pesants et griefs » ; 14) le pouls est faible ; 15) le sang « est noir, plombé et ténébreux » ; 16) les urines sont livides.

Que resterait-il ? Fay déclare lui-même que l'on n'a jamais signalé chez les Cagots les signes 1, 2, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16, soit 12 signes sur les 16 équivoques.

Mais Fay déclare qu'en ce qui touche la chute des cheveux, la chose est certaine : les Cagots étaient chauves, la preuve en étant que les Cagots du Pays Basque appelaient les non-Cagots : les « Pellutac » (chevelus). Si Fay avait lu du Mège, il aurait découvert qu'au contraire, en certains lieux, on nommait les Cagots les « Velus ». De toute façon, comme devait le faire remarquer Vidal à Zambaco, la lèpre n'attaque pas systématiquement la chevelure.

Fay retient ensuite la consommation des muscles et surtout du pousse, et déclare que le résultat en est la main en griffe. Il nous replace devant une de ses contradictions quand il écrit, p. 32, que la main en griffe n'a pas été constatée chez les Cagots et, p. 77, qu'elle « a été très souvent rencontrée chez les Cagots des Pyrénées ».

Quant au 6^e signe, Fay déclare avoir vu plusieurs Cagots « atteints d'af-

fections cutanées, dartres, eczémas, etc. ». On ne voit pas pourquoi certains Cagots n'auraient pas souffert de ces maladies.

L'ardeur et le sentiment de piqûres d'aiguille « est nettement signalé chez les Cagots », a écrit Fay qui se fonde sur la seule légende de la pomme cuite sous l'aisselle d'une Cagote. Ce n'est pas un signe de lèpre mais de syringomyélie.

Quels sont donc les signes cliniques assurément ou vraisemblablement communs aux lépreux et aux Cagots ? La réponse est très nette : aucun.

Si on abandonne momentanément le terrain purement médical et que l'on recherche à présent comment se déroulait la vie d'un lépreux et celle d'un Cagot, on découvre des différences considérables, très révélatrices mais jamais relevées.

La première importance est qu'il est question des Cagots dès l'an 1000 (Cartulaire de Luc-en-Béarn), qu'il en est encore question lorsque le retour des Croisades dissémine la maladie en France (la maladie y était connue avant, mais elle était rare) et qu'il en sera question bien longtemps après la disparition de la lèpre.

Les lépreux étaient enfermés dans des maladreries, ou « maysons deus malaus » en Béarn où l'on trouvait également des « espitaux deus chrestiaas ». Les Cagots vivaient en dehors des villages et, s'ils étaient nombreux, on aurait peut-être nommé ces quartiers des « cagoteries » (comme à Barcugnas, près de Luchon) ou des « kakouserias » en Bretagne. Les enfants des Cagots y naissaient, y vivaient et y mouraient. C'est là une autre différence très importante. Les lépreux ne naissaient évidemment pas dans les léproseries. Ils y étaient enfermés après passage devant un jury d'experts qui décidait de leur séparation du monde. Suivait un rituel très compliqué (*De modo separadandi leprosos*) aboutissant à la maladrerie. On naissait Cagot alors qu'on devenait ladre tel jour de tel mois de telle année. Bien plus, on ne naissait Cagot que dans le Sud-Ouest de la France, alors que l'on devenait lépreux, que l'on subissait l'office des morts qui séparait du monde non seulement dans l'ensemble du territoire français, mais dans nombre d'autres pays européens qui n'ont jamais jugé utile de désigner les descendants de lépreux par un quelconque sobriquet.

Il pourrait sembler que dans la vie quotidienne certains interdits aient été communs aux lépreux et aux Cagots, encore que l'on ne sache rien sur les nuances des modalités dans les deux cas (interdiction de fréquenter les lavoirs et les cabarets, de toucher une marchandise exposée au marché). Assimiler les deux catégories de parias pour cette raison serait oublier que, par exemple, les Arabes *ET* les Israélites n'ont pas le droit de manger du porc, que les Arabes *ET* les Mormons n'ont pas le droit de boire de l'alcool, que les Catholiques *ET* les Protestants n'ont pas le droit d'avoir plus d'une épouse. Des exemples similaires pourraient être cités à l'infini où non pas une caste, une religion, ou une nationalité, mais plusieurs se heurtent à des interdits strictement identiques. Enfin, si les Cagots devaient supporter

des brimades à l'église, les lépreux, comme les fous et les excommuniés, n'avaient même pas le droit d'y pénétrer.

En outre, nos ancêtres aimaient les étiquettes, les signes révélateurs d'un état donné. Les Israélites portaient une rouelle sur leur vêtement, les Cagots une « patte de gait » (canard). Les prostituées, les Cathares, les mendiants avaient leur signe distinctif. Mais le signe des lépreux était bien différent. Ils portaient un costume gris à Toulouse, une tunique blanche à Poitiers, une tunique bleue et un manteau blanc à Alots. On cousait sur cet habit un « L » en drap rouge à Chartres comme à Anvers, une marque de drap rouge en forme de cliquette à Reims. Les lépreux devaient être gantés et chaussés, ils portaient un barillet (*modiolum*) et une panetière (*peram*) destinés à recevoir des aliments que leur donnaient les passants charitables.

Mais le grand signe des lépreux a été la cliquette ou les cliquets ou crécelle ou tartavelle. La cliquette était parfois remplacée par une corne dans laquelle soufflait le malade ou par une clochette qu'il devait faire sonner « dix fois tous les cent pas » (Burnet). On a la preuve qu'un instrument bruyant constituait vraiment le grand signal des lépreux quand Carvès cite Louis XIII qui recommandait :

« Ne faut pas croire que tous ceux qui prennent la qualité et le nom de lépreux le soient ; l'expérience le montre alors que l'on recherche en eux les marques propres aux lépreux ; ce sont canailles qui, pour éviter la main de la Justice, et plusieurs d'entre eux celle du bourreau, s'arment de clochettes. »

On peut facilement défier qui que ce soit de trouver une seule allusion à un Cagot s'annonçant par un instrument bruyant.

Si l'on en vient aux sources de Fay, sa bibliographie semble prouver qu'elles sont fournies. On y retrouve en fait de nombreuses erreurs. Mais surtout, ce dont on peut ne pas se rendre compte est que Fay a emprunté sa documentation clinique à un autre, le docteur Zambaco-Pacha, qu'il cite en bibliographie, mais pas dans le texte.

Ce Zambaco est bien pittoresque. Ce Turc, venu en France on ne sait pourquoi, rend compte de son voyage dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* en 1892. En bref, il rencontre de très nombreux lépreux et Kakous en Bretagne, se désole de ne pas trouver de lépreux dans le Sud-Ouest, se rabat alors sur les Cagots, découvre 500 lépreux dans la région de Nice, vitupère contre les médecins bretons, béarnais, marseillais incapables de diagnostiquer une lèpre. Il nie l'importance d'une confirmation diagnostique par un examen bactériologique et anatomopathologique. Il explique, en outre, que la nouvelle dénomination d'entités nosologiques comme la maladie de Morvan et la syringomyélie n'est due qu'à l'ignorance des médecins français face à la lèpre.

Zambaco avait une grande habitude de la lèpre turque. Il avait organisé des léproseries modèles en Turquie que Charles Nicolle, peut-être intrigué par le nombre de 600 lépreux *seulement* en Turquie en 1896, ne retrouva pas.

Zambaco commence son voyage en Bretagne et pour lui, « la lèpre est une maladie constitutionnelle et éminemment héréditaire qui avait ravagé l'Armorique ». Il cite 36 endroits visités en plus de nombreux services hospitaliers. En bien peu de temps malheureusement, car il tombe malade (« ma santé réclamant une cure à Vichy — où il découvrira d'ailleurs un lépreux — je suis obligé d'abrégé mon voyage »). Son voyage n'a duré que 15 jours.

Mais quand il parle de Kakous devant l'Académie de médecine, rien ne va plus. Ces parias sont pour lui des estropiés des mains, « indifférents, résignés à leur sort et qui ne sont certes que les Kakous ayant hérité par atavisme de leurs ancêtres, les ladres ». Voici donc une nouvelle affaire, mais de quelle importance : les Kakous deviennent tout à coup des infirmes. C'est là une notion tout à fait nouvelle : des marins, des cordiers, des charpentiers n'auraient pu exercer leur métier.

Zambaco refuse d'admettre l'existence de deux maladies nouvellement décrites : la maladie de Morvan (ou panaris analgésique décrit par Morvan en 1883) et la syringomyélie, qui ne sont pour lui que des formes de lèpre classique. Après questions posées au Turc, les professeurs Lancerau et Vidal comprennent que celui-ci n'a jamais recherché l'anesthésie ni le bacille de Hansen. Le professeur Lagneau s'étonne que l'on puisse encore considérer que la lèpre est une maladie héréditaire. Zambaco le répète et ajoute que tout le monde sait bien que la lèpre atteint surtout les Juifs.

On écrit à Hansen. Celui-ci répond :

« Il est peu admissible de conclure que la lèpre se trouve en état d'atténuation... Quant au parallélisme qu'a voulu établir M. Zambaco entre la lèpre, d'une part, la syringomyélie et la maladie de Morvan, d'autre part, ses opinions, au moins dans certains cas, ne me paraissent pas justes... D'une manière générale, je dois dire que, quelque grande que soit l'expérience de M. Zambaco vis-à-vis de ce qui touche à la lèpre, ses observations ne m'inspirent pas une confiance absolue ; sa fantaisie est trop riche... Il va sans dire que je ne puis accepter, avec les opinions que je professe sur l'hérédité, la théorie du maintien en France par l'hérédité d'une lèpre atténuée. »

La communication de Zambaco a pourtant eu lieu 9 ans après la première description de la maladie de Morvan, 2 ans après la définition de la syringomyélie par Bruhl. Comment n'était-il pas au courant ? Comment Fay n'était-il pas au courant puisqu'il écrivit en 1910, soit 27 ans après la découverte de la maladie de Morvan, 20 ans après celle de la syringomyélie et 36 ans après la découverte du bacille de Hansen ?

Zambaco se rend dans le Sud-Ouest. Il ne trouve aucune lèpre, ce qui n'est pas étonnant car ses confrères béarnais ne sont guère coopérants. Il se rabat sur les Cagots et accumule les on-dit et les bêtises. Il trouve partout les traces d'une longue présence arabe dans les Pyrénées. Bien sûr que les Cagots ne peuvent pas descendre des Wisigoths, car ceux-ci constituaient « une race magnifique, courageuse, aimée, estimée... se battant presque toujours contre les Sarrazins (!)... très bien vue par le clergé et les papes alors tout puissants ».

On a le très net sentiment que lors de sa deuxième communication à l'Académie de Médecine, l'assistance est agacée. Le ton demeure très poli, mais on demande à Zambaco ce qu'il faut penser de la « race » des phtisiques, de la « race » des syphilitiques, de la « race » des lépreux. Le professeur Vidal déclare qu'il nie la possibilité que les Cagots actuels puissent être des lépreux... « déjà, il y a trois siècles, les Cagots ne présentaient pas les stigmates de la lèpre ». Le professeur Roussel déclare, quant à lui : « En résumé, comme conclusion finale, je dirais, en ce qui concerne les savantes recherches de M. Zambaco-Pacha : les Cagots d'aujourd'hui ne sont pas les descendants de lépreux. »

Et c'est de ce curieux personnage que Fay retiendra le meilleur de son argumentation clinique pour démontrer que les Cagots étaient atteints de cette maladie éminemment héréditaire : la lèpre.

S'il y a un rapport quelconque entre la lèpre et les Cagots, il ne pouvait s'agir que d'une lèpre morale au sens que lui donnait Jésus-Christ demandant à ses disciples de ressusciter les morts, de soigner les malades et de purifier les lépreux. Au sens que lui donnait Saint Louis quand il disait qu'il n'y a pas de pire laderie que d'être en état de péché mortel. Au sens que lui donnait Moïse bien avant, au sens, enfin, que lui donnent la Bible et le Talmud.

Il existe enfin une autre possibilité concernant la lèpre qui n'exclut pas la première. Le terme « ladre » était une insulte. Le Roy Ladurie cite un mari parlant à sa femme : « Espèce de truie... toi et ta complice Rixande... cette espèce de lépreuse et d'hérétique. » La Coutume de la ville d'Auch (1301) indiquait les injures demandant réparation pécuniaire. C'était le cas pour les hommes de : bâtard, traître, démoniaque, lépreux et parjure ; et pour les femmes : putain, carognesse, ladre et femme « fessant trahison ».

Il apparaît qu'il faut rechercher ailleurs que dans une maladie la cause de la ségrégation des Cagots.

ON THE POSSIBLE ORIGINS OF CAGOTS

The "Cagots" have constituted a group of persons who lived on the fringe of society in the South-West of France during many centuries. Many proceedings at law, interdicts (especially religious), sometimes cruel, knew since the XIth century indicate they were descendants of some heretics (arian Visigoths, moslem Moores, Cathars, and so on). It is just about the middle of last century that some authors declared without any proof they were leprous or descendants of leprous whereas some others named like this idiots of villages often goitrous.

BIBLIOGRAPHIE

- APARISI-SERRES (A.). — « Agots et lépreux : deux choses ». - *Bull. Soc. Borda*, 1932 : 132-172.
- AUZOUY. — « Les crétins et les cagots des Pyrénées ». - *Ann. Méd. Psychol.*, 1867, 4, 9 : 1-31.
- BOURDETTE (J.). — « Annales des sept vallées du Labeda ». - Privat, Toulouse, 4 volumes, 1898.
- BURNET (E.). — « La « lèpre », légende, histoire, actualité ». - Flammarion, Paris, 1932.
- CARVES (R. de). — « Contribution à l'histoire des léproseries et des ladres en Périgord ». - Thèse de médecine, Paris, 1952.
- CORDIER (E.). — « Les Cagots des Pyrénées ». - *Bull. Soc. Ramond*, 1867 : 113-117.
- CORDIER (E.). — « Les crétins des Pyrénées ». - *Bull. Soc. Ramond*, 1868 : 18-24.
- DEVILLE (J.M.J.). — *Annales de la Bigorre*. - Impr. F. Lavigne, Tarbes, 1818.
- ESQUIROS (A.). — « Des études contemporaines sur l'histoire des races ». - *Rev. des Deux Mondes*, 1848, 21 : 982-1002.
- FAY (H.M.). — « La lèpre dans le Sud-Ouest de la France. Les Cagots ». - Thèse de médecine, Paris, 1907.
- FAY (H.M.). — « Lépreux et Cagots du Sud-Ouest ». - Lib. ancienne Honoré Champion, Paris, 1910.
- FRANCISQUE-MICHEL. — « Histoire des races maudites de la France et de l'Espagne » - A. Frank, Paris, 1847.
- GUILBEAU. — « Les Agoths du Pays Basque ». - Lousteau, Bayonne, 1878.
- GUY (Y.). — « Les Cagots ou histoire d'un racisme dans le Sud-Ouest de la France ». - A paraître, éd. Le Sycomore, Paris.
- HANSEN (A.). — « A propos de la lèpre et de la syringomyélie ». - *Semaine méd.*, 1893, 56 : 447-448.
- JEANSELME (E.). — « Comment l'Europe au Moyen Age se protégea contre la lèpre ». - *Bull. Soc. Fr. Hist. Méd.*, 1931 : 1-155.
- LAJARD (V.) et REGNAULT (F.). — « De l'existence de la lèpre atténuée chez les Cagots des Pyrénées ». - *Le Progrès méd.*, 1892, 16 : 403-405 ; 466-468 ; 484-485 ; 487-500.
- LE ROY LADURIE (E.). — « Les paysans du Languedoc ». - Flammarion, Paris, 1969.
- MARCA (P. de). — « Histoire de Béarn ». - Impr. Garet, Pau, rééd. (2 vol.), 1894).
- MEGE (A. du). — « Statistique générale des départements pyrénéens ou des provinces de la Guienne et du Languedoc ». - Impr. Bellegarde, Toulouse, 1830.
- PALASSOU. — « Mémoires pour servir à l'histoire naturelle des Pyrénées et des pays adjacents ». - Vignacour, Pau, 1815.
- RAHN (O.). — « La Cour de Lucifer. Les Cathares gardiens du Graal ». - Tchou, Paris, 1974.
- RAMOND DE CARBONNIÈRES. — « Observations faites dans les Pyrénées pour servir de suite à des observations sur les Alpes ». - Belin, Paris, 1787.
- ROBERT (U.). — « Les signes d'infâmie au Moyen Age. Juifs, Sarrazins, hérétiques, lépreux, Cagots et filles publiques ». - H. Champion, Paris, 1891.
- ROCHAS (V. de). — « Les parias de France et de l'Espagne (Cagots et Bohémiens) ». - Hachette, Paris, 1876.
- ROUSSEL (T.). — « Les Cagots, leur origine, leur postérité et la lèpre ». - *Bull. Acad. Méd.*, 1892, 3, 28 : 753-764.
- SOULET (J.F.). — « La vie quotidienne dans les Pyrénées sous l'ancien régime du XVI^e au XVIII^e siècle ». - Hachette, Paris, 1974.
- TUCOO-CHALA (P.). — « Histoire du Béarn ». - P.U.F., Paris, 1970.
- ZAMBACO-PACHA. — « Les lépreux de la Bretagne en 1892 ». - *Bull. Acad. Méd.*, 1892, 27 : 309-354.
- ZAMBACO-PACHA. — « Sur les cagots des Pyrénées et la lèpre ». - *Bull. Acad. Méd.*, 1892, 28 : 626-644.

Une grande figure de la médecine et de la chirurgie françaises :

Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré *
(1778-1857)



par le Dr Jean-Jacques PEUMERY **

Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré (1778-1857) fit d'abord une carrière de chirurgien en chef des Armées ; il prit part à la Campagne de Russie sous le I^{er} Empire, puis à celle d'Algérie en 1830. Il fut ensuite chirurgien et médecin de pratique privée, et exerça à Calais de 1831 jusqu'à sa mort ; il soigna avec dévouement les premières victimes du choléra sur le sol français, en 1832 et en 1848.

Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré ne fut pas seulement un chirurgien en chef des Armées, qui prit part à de nombreuses campagnes, et notamment à celle de Russie sous le I^{er} Empire et à celle d'Algérie en 1830 ; il fut aussi un chirurgien et un médecin de pratique privée, qui exerça à Calais, de 1831 jusqu'à sa mort en 1857.

Il naquit à Poitiers, le 11 septembre 1778, de Jean Mauricheau-Beaupré et de Radegonde Dupuy, son épouse. Sa jeunesse se passa sous la direction éducative d'un de ses oncles, François-Marie Moricheau-Beaupré, chirurgien à Poitiers, qui développa ses dispositions scientifiques.

* Communication présentée à la séance du 19 février 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 21, rue Darnel, 62100 Calais.

Dès l'âge de 16 ans (1794), il entra au Service en qualité de chirurgien élève requis à l'Armée de l'Ouest, où il resta une année. Mais c'est le 12 février 1799, ses études de médecine à peine terminées, qu'il fut requis par les autorités militaires comme chirurgien sous-aide à l'armée d'Italie ; il fut titulaire de ce grade, le 23 juillet 1800, puis promu au rang de chirurgien aide-major à l'armée d'Italie, le 16 octobre 1806. Il habita longtemps l'Italie qu'il parcourut presque entièrement, fréquentant les académies, les musées, les hôpitaux, tout en assumant ses devoirs militaires.

Chirurgien-major le 17 octobre 1809, il fit successivement les campagnes de l'Empire, en Allemagne d'abord, ensuite en Illyrie à partir du 10 octobre 1811, puis en Russie, où il fut fait prisonnier le 18 novembre 1812, pendant la désastreuse retraite. Il fut alors envoyé en Crimée, où il resta une année entière ; il trouva la consolation et l'oubli dans l'étude. Transféré à Odessa, il se fit remarquer par les autorités russes qui lui accordèrent le droit d'y exercer la médecine, ce qu'il fit avec distinction ; il y acquit même une position élevée. Refusant, libéré, les offres avantageuses que lui faisait le gouvernement russe de s'établir là-bas, il regagna sa patrie, visitant au passage Constantinople, l'Adriatique et les îles Ioniennes.

Rentré en France le 14 mars 1816, ce fut pour apprendre, le jour même, qu'il était licencié par mesure générale et mis en non-activité avec demi-solde. Mauricheau-Beaupré profita de ce moment de calme pour prendre le grade de docteur à la Faculté de médecine de Montpellier, en 1817. Il avait rapporté de la campagne de Russie une foule de faits d'ordre physiologique, qui devaient alimenter substantiellement sa thèse de doctorat en médecine, intitulée : « Des effets et des propriétés du froid avec un aperçu historique et médical sur la campagne de Russie » (thèse de Montpellier, 1817, n° 90, 384 pages, in-8°).

Amnistié le 2 juillet 1818, il reprit du service et fut nommé chirurgien major à la Légion de la Manche ; il fut placé à la tête de l'hôpital de Montmédy, le 17 mai 1820, puis de celui de Calais, le 19 septembre 1821.

Ayant été nommé chirurgien principal au 3^e Corps d'armée des Pyrénées le 24 février 1823, il suivit l'expédition d'Espagne (1823), jusqu'au 23 décembre de la même année, date à laquelle il revint comme chirurgien major à l'hôpital de Calais ; il en fut le chirurgien principal breveté à partir du 27 octobre 1824.

(1) Sophie-Caroline-Philippine Vendroux, épouse Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré, née à Dunkerque le 22 octobre 1792, mourut le 5 octobre 1879, à l'âge de 87 ans.

Les deux fils furent Jules, né en 1828, et Edouard, né en 1830.

Le petit-fils de Jules, Charles Mauricheau-Beaupré, né le 21 août 1889, fut conservateur en chef du musée du château de Versailles et des Trianons ; il mourut dans un accident de la route, au cours d'une tournée de conférences au Canada, le 26 avril 1953.

Des quatre filles, Victorine (1831-1886) fut l'épouse du général Ferdinand Lapasset, qui eut une conduite glorieuse durant la guerre de 1870-1871. Caroline, née en 1834, mourut à l'âge de 32 ans. Sophie, née en 1825, et Delphine, née en 1827, ne furent pas mariées.



Pierre-Jean MAURICHEAU-BEAUPRÉ,
Chirurgien en chef des Armées.

Extrait de *Calais par l'image*, par F. LENNEL - Calais, Imprimerie Jules Peumery, 1906.

C'est là qu'il rencontra Mlle Sophie-Caroline-Philippine Vendroux, et il l'épousa le 16 novembre 1824. Le ménage eut quatre filles et deux fils (1).

Mais ses obligations militaires devaient le séparer, à plusieurs reprises, de ceux qu'il aimait, car on le vit en 1828 à la campagne de Morée. Il avait, en effet, été désigné pour être chirurgien principal à l'expédition de Morée, le 1^{er} août 1828. Il reprit son poste de chirurgien principal à l'hôpital militaire de Calais, le 4 mai 1829, pour peu de temps, car, le 3 mars 1830, il était nommé chirurgien en chef à l'expédition d'Afrique. Le corps de débarquement en Algérie était sous le commandement du général de Bourmont.

Particulièrement aguerri au cours des campagnes de l'Empire et de l'expédition d'Espagne, Mauricheau-Beaupré était un homme d'expérience, bien préparé à ce poste de chirurgien en chef à l'expédition d'Algérie et, qui plus est, remarquablement entouré ; il avait, en effet, pour collaborateurs, le médecin en chef Roux et le pharmacien principal Charpentier. Sous leurs ordres : 172 chirurgiens, 98 médecins, 102 officiers d'administration, tous affectés dans les régiments et dans les hôpitaux du « bled ».

Le 30 mai 1830, Mauricheau-Beaupré traçait à ses subordonnés les devoirs du médecin : « Si le séjour de l'armée se prolonge pendant quelque temps dans ce pays, plus d'un malheureux viendra implorer votre assistance. Vous lui tendrez une main secourable, vous verserez sur les plaies le bienfait de la consolation, et le bienfait ressenti sera peut-être une première semence de civilisation susceptible de germer. »

Avec le sens de l'humain qui le caractérisait, il sut élaborer un programme d'assistance aux populations autochtones ; aussi jouit-il de l'estime de tous, quel que soit le grade ou la fonction.

Le général de Bourmont lui voua une reconnaissance sans bornes pour les soins qu'il prodigua à son fils, mortellement blessé par une balle ennemie à l'attaque du Fort l'Empereur.

Dans l'autre camp, l'estime qu'on lui portait était la même, comme en fait foi l'étrange histoire suivante :

Au cours de cette campagne, Mauricheau-Beaupré fut appelé à soigner un lieutenant d'Abd-El-Kader, et parvint à le sauver.

Plusieurs années plus tard, le lieutenant arabe, sentant sa mort prochaine, donna l'ordre à son fils aîné de lui trancher la tête, après sa mort, et de l'envoyer, avec son sabre, en gage de reconnaissance, à ce médecin dont il n'avait pas oublié les excellents soins.

Quelle ne fut pas la stupéfaction de Mauricheau-Beaupré, alors établi à Calais, de recevoir d'Algérie une caisse contenant trois objets tout à fait inattendus, à savoir : une lettre, qui était un testament, un sabre au fourreau d'argent et une tête momifiée.

Mauricheau-Beaupré conserva le sabre, mais fit don de la tête au musée de Calais ; celle-ci fut carbonisée dans l'incendie du musée, lors de la des-

truction de la partie nord de la ville, au cours de la Seconde Guerre mondiale.

Le 23 février 1831, Mauricheau-Beaupré retrouvait son poste de chirurgien principal à l'hôpital militaire de Calais.

Nommé médecin en chef à l'hôpital militaire de Lyon, le 9 octobre 1835, il ne suivit pas cette destination et fut admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite, par décision ministérielle du 20 novembre 1835. Ainsi, il refusait cette fonction élevée, préférant, à la gloire professionnelle et à la fortune, la calme vie de famille.

Dès lors, il se fixa définitivement au 196 de la rue des Maréchaux, à Calais, ouvrit un cabinet médical et se dévoua, jusqu'à sa mort, à sa clientèle, environné d'une haute et juste considération.

D'un tempérament sanguin et vif, il parvint à un âge avancé sans maladies ni infirmités, et c'est en pleine activité que, brutalement, au soir du 31 août 1857, il fut terrassé par une violente attaque d'apoplexie qui laissa peu d'espoir et à laquelle il devait succomber dans la nuit du mercredi 9 au jeudi 10 septembre 1857, à l'âge de 79 ans.

Son enterrement eut lieu le vendredi 11 septembre, en présence d'une foule immense. Les cordons du poêle furent tenus par les médecins du 83^e de ligne. Selon de fortes présomptions, le corps fut transporté et inhumé au cimetière de Coulogne. Le docteur Bodart prononça sur la tombe un éloquent discours retraçant la vie du disparu.

**

Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré était officier de la Légion d'honneur (depuis le 30 octobre 1829), chevalier des Ordres royaux de Charles III d'Espagne et du Sauveur de Grèce, membre correspondant de l'Académie royale de médecine (de Paris) et de plusieurs autres sociétés savantes.

Les écrits qu'il a laissés montrent que sa vie de médecin représente un modèle de travail opiniâtre et fructueux, et qu'il a voulu faire profiter la science de son expérience et de ses études. On a de lui : « Mémoire sur le choix des hommes propres au service militaire dans l'armée de terre », Paris, 1820, in-8°. Traduction en allemand, par Weimar, en 1822, in-8°. — « Observations sur quelques maladies de l'oreille ». — In *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1^{re} série, t. XVI, p. 90, 1825. — « Plaie de la joue avec fracture de l'os maxillaire supérieur », *Ibid.*, p. 234. — « Relation de l'expédition faite dans l'Atlas au mois de novembre 1830 ». *Ibid.*, t. XXXI, p. 144. — « Histoire de l'épidémie de grippe qui a régné à Calais et dans les communes de son canton, en janvier, février et mars 1837 ». Calais, impr. Antoine Leleux, 1837, in-8°. — « Le choléra en 1848. Son apparition à Calais », écrit le 24 novembre 1848 (extrait du journal *L'Industriel calaisien*).

Le docteur Mauricheau-Beaupré était à la fois médecin et chirurgien, comme on en voyait de nombreux exemples dans des circonstances données à cette époque.

En tant que médecin, il possédait une instruction profonde et variée, fruit de sa mémoire étonnante et de son goût de l'étude qui, en dehors de la pratique, était son principal dilettantisme. Comme le dit un de ses contemporains : il chercha « jusqu'au dernier jour de sa vie, à élargir le cercle de ses connaissances si étendues » (Dr Bodart). Il avait l'esprit ouvert aux questions scientifiques et accueillait favorablement les progrès de la médecine.

Comme chirurgien, il était expérimenté et hardi, opérait avec sang-froid et sûreté, luttant contre la maladie jusqu'aux dernières limites des possibilités humaines.

Son dévouement aux malades était inépuisable ; la médecine était pour lui un véritable sacerdoce. D'une nature vigoureusement trempée, rompu à tous les revers et aléas de la profession, rien ne le décourageait, ni la froide ingratitude, ni les élans intempestifs et passagers. Inébranlable, il pratiquait, avec rigueur, cette maxime démodée : « Fais ce que dois, advienne que pourra ».

Antérieurement à celles de médecine, il avait fait de sérieuses études classiques ; aussi était-il versé dans la littérature et écrivait-il avec facilité. Aucune science ne lui était étrangère. Ce fut, en particulier, un botaniste notoire : il possédait un herbier très complet dont les éléments furent recueillis, par lui, au cours de ses nombreux voyages. Il avait également une remarquable collection de drogues et de produits naturels. Il était membre de plusieurs sociétés agricoles de la région, et il fut l'inventeur d'une préparation magistrale, destinée à détruire la lèpre ou « blanc de meunier » des pommiers.

Amateur de belles-lettres et bibliophile, il s'était fait une bibliothèque personnelle d'une valeur inestimable, et cet amour des livres lui valut la présidence de la Commission administrative de la bibliothèque de la ville ; il était, de plus, membre d'une Commission historique locale.

Hygiéniste éminent, on fit souvent appel à ses connaissances en épidémiologie, et, à ce sujet, ses écrits les plus intéressants sont ceux qui ont trait aux épidémies de choléra en 1832 et en 1848, ainsi qu'à une épidémie de grippe éclosée en 1837.

Voici ce qu'on apprend à la lecture de : « Histoire de l'épidémie de grippe qui a régné à Calais... en 1837 » et « Le choléra en 1848. Son apparition à Calais ».

En 1831, le choléra, venu de l'Inde où il sévit normalement à l'état endémique, se mit à décrire un cercle à grand rayon dans les pays d'Asie, débou-

cha en Europe par Constantinople, se propagea aux territoires situés en bordure du Danube, puis à la Russie et à la Pologne qu'il atteignit à la fin de la même année.

Le 3 février 1832, un premier cas se déclara à Sunderland (Angleterre) ; peu de jours après, il était à Londres où il devait faire de nombreuses victimes.

C'est le 15 mars 1832 que le choléra asiatique fit son apparition en France. Le premier cas se déclara, à Calais, chez un pêcheur, nommé Hidouane, qui habitait un logement souterrain et insalubre dans la première rue du Courgain ; cet homme mourut douze heures après les premiers symptômes de sa maladie.

Les 23, 24 et 25 mars 1832, plusieurs cas de choléra se déclarèrent encore au Courgain. En juillet, la maladie atteignit les autres quartiers de la ville ; en août, le nombre de nouveaux cas de choléra se mit à décroître, pour cesser complètement en fin septembre 1832.

Au total, sur les 10 495 habitants que comptaient Calais et les communes de son canton, en 1832, il y eut 174 cas de choléra dont 80 décès.

Calais fut donc la première ville de France où le choléra asiatique apparut, pour la première fois, le 15 mars 1832. De là, il devait gagner Paris où les cas princeps de la maladie furent observés seulement entre le 22 et le 26 mars ; mais l'épidémie devait y être beaucoup plus meurtrière, puisqu'on déplora 18 400 décès, de mars à octobre 1832, à Paris seulement.

En 1848, lors d'une seconde épidémie, c'est encore par Calais que le choléra, ayant suivi la même marche progressive qu'en 1831, pénétra en France, après Londres. Le premier cas survint, le 1^{er} novembre 1848, chez un homme de 67 ans, du nom de Delbarre, qui habitait le deuxième étage d'une maison sise dans la Cour-de-Guise ; il mourut dans la nuit du 1^{er} au 2 novembre, mais il présentait un « état maladif antérieur » qui le rendait plus vulnérable à cette maladie.

Quatre autres cas se déclarèrent à bord d'une bélandre guinoise, dans la famille Doussi qui comprenait six membres : le père, la mère et quatre enfants. La mère fut atteinte le 2 novembre 1848 ; le premier enfant, âgé de 10 ans, le 3 novembre ; deux autres enfants, l'un de 9 ans, l'autre de 5 ans, le 6 du même mois. Le patron Doussi, croyant échapper à cette calamité, commit l'imprudence de mener sa bélandre à proximité du pont de Saint-Pierre, risquant ainsi de contaminer la population des environs. Sur les quatre personnes atteintes, trois moururent ; l'enfant de 5 ans s'en tira ; le quatrième ne fut pas atteint. Mais si ces deux enfants échappèrent à la mort, c'est qu'ils purent être extraits assez vite de leur « bouge aquatique et insalubre ».

Avis de ces quatre nouveaux cas de choléra fut donné aux autorités locales. M. le Maire réunit alors la Commission sanitaire de la ville et du

port de Calais, ainsi que les médecins praticiens, qui furent invités à constituer une Commission médicale, chargée de la lutte contre le fléau.

Instruit par les autorités locales, M. Gélée, sous-préfet de Boulogne, se rendit à Calais, le 6 novembre 1848, accompagné du docteur Rouxel, président de la Commission de salubrité pour l'arrondissement. Ce dernier reconnut le choléra indien et confirma son identité à celui de 1832.

Dans un deuxième article, Mauricheau Beaupré inséra une rectification. En réalité, ce ne fut pas à Calais que revint le triste privilège d'avoir eu, dans ses murs, le premier cas de choléra constaté sur le sol de France, en 1848, mais bien à Dunkerque. Un cas survint, en effet, dans cette ville, sans avoir été déclaré, soit que la maladie ne fût pas diagnostiquée par le médecin traitant, soit que les autorités municipales de Dunkerque ne s'en fussent pas vantées. Bourbourg eut également, du 2 au 18 novembre 1848, 35 cas qui firent 24 décès ; Watten, qui fait partie du canton de Bourbourg, connut 23 cas dont 12 décès, durant ces seize jours.

Un cas se déclara encore, le 14 novembre, à Saint-Pierre-lès-Calais, sur Mme Moore, qui fut soignée par le docteur Morrah, chirurgien anglais. Elle mourut deux jours plus tard. Ainsi, pour Calais et Saint-Pierre, il y eut 6 cas de choléra, dont 5 décès, durant la courte épidémie de 1848.

Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré conclut dans ses rapports que le choléra asiatique de 1848, comparable à celui de 1832, fut cependant moins rapide dans sa progression, moins intense, moins insidieux, laissant plus de chances de guérison.

Quant à la grippe de 1837, venue, elle aussi, d'Angleterre où elle avait fait de nombreuses victimes, elle resta dans l'ensemble bénigne.

Telle est donc, envisagée sous l'angle démographique, l'œuvre de Mauricheau-Beaupré sur les épidémies de choléra et de grippe.

Considérée, maintenant, au point de vue médical, cette même œuvre laisse apparaître des erreurs qui sont celles d'une époque prépastorienne. Mauricheau-Beaupré était, en effet, un partisan de la « théorie miasmatique ».

Ainsi, on lit, à propos du choléra : « Son germe miasmatique et pernicieux, traversant le détroit, nous a été apporté, selon une grande probabilité, par les courants atmosphériques. » ; et plus loin : « Aujourd'hui qu'il est reconnu et avéré que le choléra ne se communique point d'un individu à un autre (...) on ne s'est point occupé, avec raison, de revenir (...) à l'adoption de mesures sanitaires sur la frontière de terre et de mer. », c'est-à-dire « à établir des quarantaines sur le littoral de la Manche, comme en 1832 » ; ailleurs, en parlant de la grippe : « Son atmosphère (celle de Calais) était le véhicule approprié du principe actif, malfaisant, insaisissable et inconnu, développé localement ou transporté peut-être par les courants atmosphériques, de l'Angleterre déjà en proie à la maladie, principe qui tient du miasme... » ; et si l'épidémie de choléra de 1848 fut de courte durée à Calais,

c'est que la « cause » s'en alla, de la même manière qu'elle était venue, avec les vents du large.

En revanche, en ce qui concerne l'hygiène, Mauricheau-Beaupré est à l'avant-garde du progrès médical.

On ne peut que le louer d'avoir su apprécier l'importance du rôle d'un climat froid et humide dans l'origine et l'extension d'une épidémie de grippe.

De même, en parlant du choléra, son esprit d'observation lui permit de constater que cette maladie était l'apanage des « classes misérables » et avait d'autant plus de chances de frapper mortellement qu'elle se déclarait sur un organisme plus débilité antérieurement ; il insistait, par conséquent, sur la réceptivité toute particulière d'un mauvais terrain.

Lorsqu'il énumère « les points cardinaux de l'hygiène anti-cholérique » : « Maintenir l'état de santé — écrit-il — dans les meilleures conditions harmoniques, physiques et morales, une vie réglée, la propreté du corps, la salubrité de l'habitation, l'absence ou l'éloignement de toute affection morale triste ou débilitante : voilà le vrai qui-vive préservatif. » Ainsi, Mauricheau-Beaupré combattait les mauvaises conditions hygiéniques et la promiscuité, comme favorisant les maladies contagieuses, et il s'appliqua à démontrer l'effet malfaisant du mauvais moral.

Mauricheau-Beaupré se fit le champion de la bienfaisance, cette « sublime vertu — disait-il — qui contraste tant avec le froid et dur égoïsme que l'on voudrait bien ne plus rencontrer de nos jours » ; il écrivit : « Etre bienfaisant, c'est faire aux autres ce que nous voudrions qu'il nous fût fait à nous-mêmes. » Avec cet esprit de socialisme idéologique si particulier à la première moitié du XIX^e siècle, il témoigna de la bonté et de la générosité vis-à-vis, non seulement des indigents, mais aussi des personnes non nécessiteuses, pourvu qu'il estimât leur devoir aide et protection. Par exemple, il se plaisait à diriger les jeunes.

Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré fut un grand militaire, un médecin et un chirurgien de talent, et un homme de bien. Dans sa nécrologie, on l'a défini par cette devise, qui est certes exacte : « Science, Philanthropie, Intégrité ».

A GREAT FIGURE OF THE FRENCH MEDICINE AND SURGERY :
PIERRE-JEAN MAURICHAUD-BEAUPRÉ (1778-1857)

Pierre-Jean Maurichaud-Beaupré (1778-1857) started as a chief military surgeon and took part in the Russian campaign under Napoleon and later in the Algerian one in 1830. He was later on surgeon and had a private medical practice in Calais from 1831 until his death ; he devoted himself with much care to the first victims of cholera in France in 1832 and 1848.

BIBLIOGRAPHIE

Documents : Service historique de l'Armée. - Château de Vincennes.

Documents : Archives historiques du Service de santé des Armées. - Musée du Val-de-Grâce.

CAMELIN (A. - Médecin-Général). — « Le service de santé en Algérie, de la conquête aux accords d'Evian ». - *Revue historique de l'Armée*, tome XXVIII, n° 1, 1972, p. 46-63.

PEUMERY (J.J.). — « Pierre-Jean Mauricheau-Beaupré, médecin et homme de lettres calaisien (1778-1857)* ». - *Bulletin historique et artistique du Calaisis* (publié par les « Amis du Vieux Calais ») n° 24, décembre 1965, p. 1-12.

Les médecins français au Sseu Tch'ouan au début du XX^e siècle



L'HOPITAL DE TCH'ENG TOU *

par E. GILBRIN **

Alors que Tch'ong King était une ville ouverte au commerce européen, Tch'eng Tou (1), capitale du Sseu Tch'ouan, était toujours une ville interdite aux étrangers. En dehors des missionnaires, aucun Européen n'y avait séjourné.

L'hôpital, ouvert par les missionnaires en 1898, dut être fermé, au bout de quelques mois, en raison des émeutes. Cependant, le ministère des Affaires étrangères avait désigné un médecin colonial, le docteur Bouffard, pour cet hôpital. Celui-ci, parti de France le 3 juin 1898, arriva à la fin de juillet à I-Tchang, qu'il ne put quitter que le 15 septembre, les crues l'empêchant de franchir les gorges du Yang-Tsé-Kiang. A Tch'ong King, notre consul lui déconseilla de continuer, la rébellion rendant les routes dangereuses. Il ne partit en bateau (2), avec le consul, que le 20 décembre et arriva à Tch'eng Tou le 12 janvier 1899, sept mois après son départ de France !

L'évêque de la Mission (3) voulait le renvoyer à Tch'ong King en attendant la fin de la rébellion. « Qu'il y ait un danger ou non, répondit le docteur

(1) « Le jardin du royaume fleuri », cette ancienne capitale impériale était considérée comme la plus belle ville de l'Empire chinois. De par les traités, seules les Missions avaient le droit de posséder.

(2) Tch'eng Tou est sur le Mincio, affluent du Yang-Tsé-Kiang.

(3) Les prêtres des Missions étrangères constituent une organisation de prêtres français qui élisent eux-mêmes leurs évêques.

* Communication présentée à la séance du 16 octobre 1982 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 38, rue Lacépède, 75005 Paris.

Bouffard, notre devoir est de rester à notre poste. » Des placards incitaient à massacrer les Européens, aussi le docteur Bouffard ne pouvait-il sortir qu'en chaise à porteurs fermée. Notre consul, M. Haas, put heureusement obtenir des autorités la fin de cette campagne si désastreuse pour nos Missions.

Pour le docteur Bouffard, « cette création d'un service médical est encore une œuvre prématurée, qui n'aura sa raison d'être que lorsque cette ville sera ouverte au commerce européen ».

L'hôpital qu'on destinait au docteur Bouffard était une grande maison où se trouvaient rassemblés les mendiants et les incurables recueillis dans les rues, dans des conditions d'hygiène désastreuses. En outre, la situation était trop éloignée dans cette ville immense de 16 km de tour et s'étendant sur plus de 5 km en largeur.

Le docteur Bouffard choisit, avec l'accord de l'évêque, un bâtiment à étages destiné à un orphelinat. Celui-ci était situé à l'intérieur de la ville, dans un endroit aéré, près des commerçants. Plusieurs pièces, éloignées les unes des autres, sans connexion entre elles, furent aménagées, à la hâte, au fur et à mesure des besoins. Il y avait, au début, une vingtaine de lits pour les hommes et une dizaine pour les femmes. Des lits trop rapprochés et des planchers vétustes rendaient le service pénible pour le personnel et défectueux pour les malades. Mais les Chinois pauvres vivaient si mal que l'hospitalisation constituait pour eux une nette amélioration.

La salle d'opérations, isolée, était revêtue d'un vernis chinois facile à nettoyer. En plus des instruments emportés, le docteur Bouffard fit faire le matériel indispensable. Faute d'appareil de désinfection, il utilisait l'ébullition et les vapeurs soufrées.

A la pharmacie, on disposait d'une réserve suffisante de médicaments, dont malheureusement beaucoup avaient été endommagés lors de la remonte du Yang-Tsé-Kiang.

Le docteur Bouffard souffrit, en janvier 1900, d'une diarrhée devenue chronique qui le força à regagner la France, le 29 mai, après un séjour de quatorze mois seulement.

**

L'hôpital, ouvert officiellement en mai 1903, fonctionna régulièrement. La Mission catholique assumait les dépenses avec ses seules ressources. Les médecins français étaient assistés d'infirmiers français qualifiés et de personnel chinois.

Au début, les missionnaires refusaient aux non-chrétiens l'entrée dans leur enceinte, ce qui limita considérablement les consultations. De plus, l'évêque voulait faire payer 50 sapèques, somme permettant à un Chinois de vivre un jour. Malgré l'avis de notre consul, le docteur Bouffard s'y opposa, sans succès. Il estimait que les soins devaient être gratuits dans

une œuvre philanthropique ; seuls les médicaments pourraient être remboursés, si les malades étaient trop nombreux. De fait, en cette première année 1903, il n'y eut que trente malades et même un seul pendant le dernier mois, des pluies abondantes empêchant l'accès de l'hôpital.

Les bons résultats obtenus ont incité les Chinois à venir de plus en plus nombreux, ce qui augmenta la considération pour la Mission catholique. De 1903 à 1907, tous les lits furent régulièrement occupés. Il fallut même les rapprocher, car les malades attendaient sur le trottoir. Force fut de les accepter par charité. Bien que mieux aménagés, les autres hôpitaux étrangers n'ont pas connu un tel afflux de demandes.

Le docteur Bouffard est revenu, mais sa méconnaissance de la langue chinoise le gênait pour interroger les malades.

Le docteur Bouffard a été surpris de l'importance de l'organothérapie utilisée depuis très longtemps en Chine, puisque déjà 700 ans avant J.-C., le Pen-Tsao, pharmacopée chinoise, mentionnait les excréments, sécrétions et dépouilles d'animaux qui étaient utilisés.

Le suc de poumon de porc macéré serait efficace contre les affections pulmonaires. L'ingestion d'intestin de porc est prescrite contre la diarrhée chronique. L'ingestion de cervelle est indiquée si la douleur semble venir de l'intérieur de la boîte crânienne.

Le sperme est un principe actif contre l'anémie et au cours de convalescence des maladies graves. Aussi certains pharmaciens payaient-ils cher, à des jeunes gens de 20 à 26 ans, leur sécrétion testiculaire. Le sperme desséché était vendu sous forme de pilules.

Le Chinois se servait d'urine pour traiter les plaies. L'urine recueillie au milieu de la miction, avec trois verres, active la circulation du sang. Celle d'un garçon de 4 à 5 ans est souveraine pour la délivrance d'une femme en travail. Le placenta frais ou desséché est actif contre l'anémie du post-partum.

Le docteur Bouffard souhaitait l'arrivée de religieuses qui offraient des garanties de ponctualité, d'ordre, de propreté et de dévouement.

Les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul furent remplacées par les sœurs missionnaires franciscaines de Marie dont les connaissances techniques étaient incomplètes ; une seule avait fait un stage à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le médecin colonial Mouillac quitta Hanoï le 27 juillet 1904 et arriva le 10 octobre suivant.

En 1905, les docteurs Mouillac et Esserteau devinrent médecins de l'hôpital.

En 1907, les 1 137 entrants ont entraîné 13 744 journées d'hospitalisation avec seulement 15 décès, soit 1,15 %. Les bonzes eux-mêmes, qui avaient demandé leur admission, se sont félicités de l'accueil et de l'hospitalisation. Certains chinois ont même préféré se faire soigner à leurs frais, dans notre

hôpital, ainsi qu'un ingénieur allemand. Cette marque de confiance fut d'autant plus remarquée que, malgré la gravité de sa variole, la guérison fut obtenue rapidement.

Mais, en 1909, les Chinois décidèrent de confier la direction à un jeune Chinois, ancien infirmier, qui prétendait avoir aidé un missionnaire, médecin américain à Tchong-King. Celui-ci fit venir un médecin japonais. Six mois après, un conflit s'éleva entre lui et les infirmiers chinois et il dut partir. Le docteur Mouillac, qui s'était assuré l'estime des autorités, fut rappelé le 24 juillet 1909. Sa valeur professionnelle et son dévouement avaient attiré de nombreux consultants.

La confiance inspirée par notre thérapeutique incita le Vice-Roi à visiter à deux reprises notre hôpital et il décida de construire un nouvel hôpital et de le confier à la Mission médicale française.

C'est en cette même année qu'un député français critiquait notre hôpital, « ces agents, complices des capitalistes », ce qui était, à tout le moins, difficile à admettre pour une œuvre médicale laïque.

*
**

Le nouvel hôpital fut ouvert en mai 1910 ; commencé depuis quatre ans, il avait été soigneusement construit, avec des murs suffisamment épais, par l'architecte Rouchouze et le procureur de la Mission, Junier.

Ce nouvel hôpital était composé de deux bâtiments parallèles mesurant 35 m sur 7 m. Les chambres de 8 à 12 lits avaient 5 m de hauteur. Les lits espacés de 1,50 m permettaient à chaque malade de disposer de 50 m³ d'air (on pensait encore que le malade avait besoin de plus d'oxygène que le bien-portant). Chaque pavillon comportait 96 lits. La place avait été si largement prévue qu'on pouvait porter le nombre des lits à 120.

Dans un autre bâtiment, 30 chambres, à 1 ou 2 lits, étaient continuellement occupées par des officiers, des fonctionnaires, des mandarins et des Européens. Les baignoires étaient en bois laqué.

Dans chaque pavillon il y avait un bureau pour le médecin, une chambre pour la religieuse chargée du service et une autre pour l'infirmier de garde.

Chaque pavillon était entouré de vérandas de 1,80 m de large qui permettaient de communiquer.

Les locaux annexes facilitaient le fonctionnement ; un réfectoire pour les malades non alités, des pavillons isolés réservés, l'un aux contagieux, l'autre aux agités. La salle d'opérations, également isolée, fut édifiée sur les plans du pavillon Osiris de La Salpêtrière, avec de grandes baies donnant un excellent éclairage. La désinfection se faisait dans une pièce close, avec des vapeurs soufrées pour obtenir une asepsie des instruments utilisés. La pharmacie était très largement installée. Plusieurs buanderies étaient séparées et autonomes : l'une était réservée au linge des contagieux, une autre aux vénériens, une autre aux maladies cutanées.

Dans une annexe de l'hôpital, un dispensaire, avec salle d'attente et salle de soins, était divisée en deux parties, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. On y recevait, deux fois par semaine, une moyenne de 200 malades qui se soignaient à domicile.

Le docteur Jouveau Dubreuil, en poste à Hanoï, avait demandé la direction de l'Institut bactériologique de Tch'eng-Tou. En quittant Hanoï, il visita les établissements similaires de l'Indochine et arriva le 4 avril 1911 à Tch'eng-Tou.

Dès le lendemain, il prit la direction de l'Institut Pasteur et, avec le docteur Mouillac, ils divisèrent en deux le service de l'hôpital, le docteur Jouveau Dubreuil désirant avoir des malades pour faciliter ses recherches.

Nos deux médecins désirèrent faire visiter l'hôpital au Directeur de la Santé. Celui-ci fut surpris d'apprendre que la Mission assumait une dépense de 12 000 à 15 000 francs germinal, par an, pour l'hôpital.

**

De graves incidents se sont produits dans la ville, en septembre 1911. Le Vice-Roi, les prévoyant, avait conseillé à nos médecins de se réfugier au consulat français. Le personnel chinois devait rester pour assurer les soins, sous la protection de 50 soldats armés. Le docteur Jouveau Dubreuil et l'infirmier Triffaut ont été régulièrement surveiller l'état des malades, d'autant que les autres hôpitaux de la ville étaient fermés.

Les militaires blessés le 7 septembre et les jours suivants ont été traités dans leurs casernes. Plusieurs accidents opératoires incitèrent les autorités à nous demander de recevoir les blessés sérieux. Vingt et un officiers et soldats gravement atteints furent admis. Nos médecins et infirmiers ont donc dû pratiquer des opérations et des pansements longs et délicats. Les blessés légers ont continué à être pansés dans leurs casernes, pour ménager la susceptibilité des médecins chinois. L'Etat-Major continua à nous envoyer des blessés graves, 21 militaires le 1^{er} novembre. Ainsi, l'hôpital français est-il devenu la maison des « grands blessés » (1).

Deux interventions, en particulier, avaient contribué à la gloire de nos médecins.

En 1910, un botaniste anglais, Wilson, avait été blessé par une avalanche et soigné par des médecins évangélistes qui estimaient l'amputation nécessaire. Avant de l'accepter, il fit appeler le docteur Mouillac. Celui-ci obtint la guérison complète de la blessure dans un délai assez rapide. Cette guérison a fait d'autant plus de bruit qu'elle fut commentée par la femme du botaniste, elle-même infirmière.

(1) Et pendant ce temps, le petit Empereur Siuan T'ong, âgé de 5 ans (il était né le 11 février 1906), écrivait : « Je règne depuis trois ans mais, dépourvu d'habileté politique, je n'ai pas pu employer les hommes comme il fallait... Tout cela est de ma faute. Mais par le présent édit j'annonce que je jure de me réformer. »

Un an après, en 1911, le consul d'Angleterre a demandé qu'un médecin français se rende à Kiatang, auprès du médecin d'une canonnière anglaise qui avait été également victime d'une avalanche en montagne. Ramené en hâte à Kiatang, il avait été opéré. Le docteur Jouveau Dubreuil, après l'avoir examiné, décida de le réopérer. Il retira de la plaie, soigneusement saturée, un fragment du chapeau de feutre que ce médecin portait au moment de l'accident. D'où l'origine de la fièvre qui cessa dès l'ablation du corps étranger. Le docteur Jouveau Dubreuil quitta Kiatang le 13 juillet et ne rentra à Tch'eng-Tou que le 19 juillet. Mais, dès le 14 juillet, les mandarins réunis au Consulat comparaient les deux actes médicaux (2). Les frais du docteur Jouveau Dubreuil furent réglés par l'Angleterre, mais le docteur Jouveau Dubreuil refusa la rémunération que les Anglais voulaient lui offrir.

**

L'action de nos médecins ne s'est pas limitée à ces brillants succès opératoires. L'hôpital a eu un intérêt général, puisque les étudiants de l'école de médecine y ont examiné les malades.

Nos médecins ont assuré :

- le service médical de l'école des Arts et Métiers ;
- l'examen médical des recrues militaires ;
- l'examen médical des étudiants des Ecoles supérieures spéciales ;
- le service médical de la Poste, service public rétribué par les Chinois ;
- le service urbain des vaccinations ;
- le dispensaire de la maison correctionnelle.

Ils ont, en outre :

- créé et dirigé l'Institut Pasteur ;
- fait des cours à l'Institut agronomique et dans les Ecoles scientifiques supérieures.

Cet hôpital français, non confessionnel, a eu un caractère dégagé de tout prosélytisme religieux, politique ou social, ce qui l'a rendu si populaire et fait préférer aux autres hôpitaux étrangers. De plus, il est resté ouvert en permanence, alors que les autres hôpitaux étaient fermés, pendant quatre mois l'été, pour que le personnel puisse se reposer en montagne.

Dans notre prochaine communication, nous étudierons l'Ecole de médecine militaire de Tch'eng-Tou, créée également par nos médecins.

Archives du Ministère des Relations extérieures.

Notes médicales recueillies à Tch'eng-Tou par le docteur Bouffard.

Annales d'hygiène de médecine coloniale, 1900, p. 172.

(2) *Ipsa res Loquitur*. La chose parle d'elle-même.

OUVRAGES ET PUBLICATIONS REÇUS OU ANNONCÉS

Abstracts of Bulgarian scientific medical literature. — Medical Academy. - Sofia, 1982. - Vol. XXV, n° 2 (1982), 21 × 29,5, 52 p.

Catalogo 33 - Hesperia. — Saragosse, 1982, 1187 rubriques.

L'Homéopathie française. — Paris, Doin. - n° 9, 1982, 24 × 16, p. 559-640.

Boletín de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. — Mexico, 1982. Vol. VI, n°s 41 et 42, 15 × 23, p. 85-136.

Nordisk medicinhistorisk arsbok. — Museum of medical history. - Stockolm, 1982, 15 × 21, 180 p.

Alliez (Joseph). — « Jean-Baptiste Lautard (1760-1856) ». - Tiré à part de la revue *Marseille*, n° 127, 1981. - 4^e tr., p. 45-49.

Freal (Jacques). — « Les pots d'apothicaires en France (du XVI^e au XIX^e siècles) » - Paris, Garnier, s.d. - 25 × 28, 248 p., ill. - Prix : 390 F.

Monod (Hugues). — « Evocation de d'Arsonval ». - Tiré à part du *Journal belge de médecine physique et de réhabilitation*, 1981.

Stofft (H). — « Kergaradec à l'écoute du fœtus ». - Tiré à part du *Journal de Gynécologie et d'Obstétrique*. - Masson, Paris. - 1981, 10, 611-622.

Schadewaldt (Hans). — « Robert Koch : Die Aetiologie der Tuberculose ». - « Mk. Arztliche Fortbildung », 32, 1982. - Heft 7, 21 × 27, p. 21-37.

Schadewaldt (Hans). — Zur Geschichte der Entdeckung des Tuberkelbazillus ». - Stuttgart. « Die Medizinische Welt » (tiré à part), 26 mars 1982, 12/82, 33, 21 × 27, p. 419-426.

Schadewaldt (Hans). — « Der Schiffbruch der Méduse im Jahre 1816 ». - Herford und Bonn, Mittler, 1982, 15 × 23, 18 p.

Schadewaldt (Hans). — « Le génie, cest une longue patience : William Harvey » - Tiré à part de *Mk Arztliche Fortbildung*, 32, 1982, Heft II, 21 × 27, p. 12-40.

Schadewaldt (Hans). — « Werner Forssmann ». - Jahrbuch der Universität Dusseldorf, 1980, p. 35-38.

Schadewaldt (Hans). — « Vom Stadtarzt zum öffentlichen Gesundheitsdienst ». - Tiré à part « Das öffentliche Gesundheitswesen », 44, 1982. 512-517.

Schadewaldt (Hans). — « 100 Jahre Tuberkelbakterien-Färbung ». - Tiré à part du *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 107, 1982, 963-966.

Schadewaldt (Hans). — « Zur Geschichte der Entdeckung des Tuberkelbazillus ». - Tiré à part de *Die Medizinische Welt*, 12, 1982. - Stuttgart, « Med Welt », 33, 419-426.

Schadewaldt (Hans). — « First steps of Medical Mycology in Germany ». - Tiré à part de *Mykosen*. - Berlin, 24 (II), p. 654-667.

- Schadewaldt (Hans).** — « Literatur zum Thema : Der Schiffsarzt », tiré à part, Baden, s.d. - *Ciba Zeitschrift*, n° 76, 23 p.
- Thillaud (P.L.).** — « L'histiocytose au paléolithique (sujet n° 1 de Cro-Magnon), problématique du diagnostic ostéo-paléolithique », tiré à part de « *L'Anthropologie* », T. 85, 1981-1982, n° 2, p. 219-239.
- Jean Imbert** (sous la direction de). — « Histoire des hôpitaux en France ». Toulouse, Privat, 1982. - 21 × 27, 560 p., illustré. - (offert par M. Sournia).
- Gysel (Carlos).** — « La naissance de la morphologie dento-faciale ». - Paris, Editions Société d'orthopédie dento-faciale, 1982, 24 × 16, 368 p., illustré.
- Gysel (Carlos).** — « Autour de Camper (1722-1789) et de son angle facial ». Tiré à part de *L'Orthodontie Française*. - Vol. 52, 1981, 707 à 724.
- Gysel (Carlos).** — L'anthropologie crânio-faciale de Blumenbach (1752-1840). Tiré à part de *L'Orthodontie Française*, Vol. 52, 1981, 707 à 724.
- Szyfman (Léon).** — « Lamarck et son époque ». - Sous les auspices de la Fondation Singer-Polignac. - Paris, Masson, 1982, 16 × 24, 472 p., ill.
- Guy (Yves).** — « Les gésitains de Saint-Savin (ou l'enregistrement des cagots dans une paroisse pyrénéenne) ». - Tiré à part de la revue *Pyrénées*, n°s 131 et 132, 1982.
- Guy (Yves).** — « Répartition géographique des cagots », tiré à part des Actes du 102^e Congrès national des Sociétés savantes de 1977. - Paris, Bibliothèque nationale, 1979. 16 × 24, p. 187 à 197.
- Lettre d'information du Centre Européen d'histoire de la Médecine** — Janvier 1982, n° 12.
- Acta physiologica bulgarica** : Vol. 8, n° 3. Sofia, 1982.
- Journal of the history of Arabic Science.** — Vol. 5, n°s 1 et 2, 1981. - Index.
- Foure (Jacques).** — Tirés à part sur « *Relations franco-américaines (dentistes)* ».
- Lozoya (X. et M.)** — « Flora medicinal de Mexico ». - Mexico, I.M.M.S. - 17 × 22, 310 p., 1982.
- Rouché (Florence).** — « Trois Seignettes et le Polychreste, histoire du sel de La Rochelle ». - Bordeaux, Bergeret, 1982, 21 × 29,5, dact., 65 p. Thèse de doctorat en pharmacie, Bordeaux II, 3-12-1982, n° 143.

ANALYSES D'OUVRAGES

Marie-Andrée Thomachot. — « Chirurgie et chirurgiens parisiens au XVIII^e siècle ». - Thèse 3^e cycle. Université Paris IV-Sorbonne, 1982, (11-12), 391 p., dactylographiées. Mention « Très bien ».

Un écrit historique n'est vraiment bon que, lorsqu'après l'avoir lu, on conserve l'impression d'avoir réellement vécu à l'époque évoquée.

Bien des points de l'histoire des chirurgiens parisiens du XVIII^e siècle sont connus mais, si on insiste sur leur ascension sociale, a-t-on souvent décrit leur vie quotidienne, leur vie familiale, leur intimité ?

En prenant appui sur les « Actes et Almanachs royaux », les Archives de l'Académie de chirurgie, 60 inventaires après décès, 11 contrats de mariage, 7 testaments et 1 contrat de vente, voici qu'il est possible d'en cerner la silhouette et même de l'animer dans son décor.

Nos chirurgiens sont souvent issus d'un chirurgien ou d'un médecin. Ils sont cinq fois sur six mariés et ont, dans deux tiers des cas, de un à trois enfants, et assez souvent un, plus rarement deux domestiques. Ils demeurent bien plus volontiers sur la rive droite que sur la rive gauche de la Seine. Ils sont habituellement locataires de leur habitation qui n'occupe en règle qu'un étage (le premier ou le deuxième), parfois deux, rarement trois, et se compose de 2 à 10 pièces sans compter parfois les dégagements. Ils ont de beaux bureaux, de belles reliures — notamment des livres médicaux ou chirurgicaux — et collectionnent plus volontiers les livres d'histoire que les œuvres littéraires. Ils écrivent peu dans l'ensemble, moins qu'on l'imagine, en tout cas, à l'Académie. Ils agissent surtout. Et voici qu'on nous détaille leur matériel chirurgical, les interventions courantes et plus rares, les drogues qu'ils prescrivent. D'autre part, certains nous offrent leur carte d'identité sous la forme de fiches signalétiques. Et pour finir, nos chirurgiens se réjouissent-ils de voir leur nombre décroître après 1740 et chuter après 1755 ? On le suppose, la baisse de leur démographie augurant un accroissement de la clientèle.

Est-ce assez dire le travail minutieux qu'a mené à bien Mlle Thomachot ? Elle a réussi un exploit, celui de concilier la sécheresse nécessaire des données avec le louable souci de redonner une vie palpitante et singulière à ces chirurgiens dont l'histoire est trop souvent résumée à leur querelle professionnelle avec les médecins, et aux progrès très sensibles de leur art.

Professeur R. Rullière.

Goubert (Jean-Pierre) et collaborateurs. — « La médicalisation de la Société française, 1770-1830 ». - Waterloo, Ontario, Canada, Spring & Summer. History Department, University of Waterloo, Ontario N2L 3G1, Canada, 1982. - Historical reflections, vol. 9, Nos. 1 et 2, 15 × 23, 304 p.

C'est avec un grand intérêt que nous avons reçu le remarquable volume que notre collègue Jean-Pierre Goubert vient de faire éditer par les presses de l'Université de Waterloo au Canada. Dans son introduction se situe le caractère complexe de ce dossier, qui voudrait définir et borner l'itinéraire, au sein du corps social, du développement à la fois de la santé et du « pouvoir médical » dans la société française de cette époque cruciale. Le problème serait de savoir quel est le degré d'im-

pact de la « Sainte Alliance » entre le médecin, membre d'une élite, et la santé, au moment où la culture déterministe tend à remplacer la vieille démarche mythique et dogmatique du guérissage. Le rôle de Corvisart est, comme le rappelle le chapitre écrit par W.R. Albury immense et déterminant dans la transformation de la mentalité médicale. Madame Lydie Boule, avec sa précision habituelle, nous montre les changements radicaux opérés dans les hôpitaux parisiens à la suite des travaux de Bayle, Laennec, Louis, à la lumière des Archives de l'Assistance Publique. Jean-Pierre Goubert et Bernard Lepetit étudient la médicalisation des villes en croissance, et Jacques Léonard le combat entre le charlatanisme et la révolution médicale et scientifique sous la Restauration. Jacques Gélis nous présente les curieux aspects des miracles rescussitant des nouveau-nés en état de mort apparente, et ce qu'en ressentent les médecins. Dominique Lorillot nous cite les cahiers de doléances des médecins en 1789. Catherine Maillé-Virole, grâce au dépouillement du Minutier central des Archives décrit remarquablement le corps médical et chirurgical, si divers, à la fin de l'Ancien Régime. Bien d'autres articles, que nous ne pouvons citer tous, évoquent la « médicalisation » en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada, ou la transformation du Collège de pharmacie de Paris, ou l'évolution des remèdes secrets. Enfin, notre éminente amie Dora Wiener montre le rôle bienfaisant des médecins à la Société philanthropique de Paris. Un livre de réflexion...

M. Valentin.

Robine (Pierre). — « Vitalisme et matérialisme médical : les doctrines de l'école de Montpellier, 1978, 21 × 29,5, dactylo., 285 p. Thèse pour le doctorat du 3^e cycle, Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université Paul-Valéry (Montpellier-III) soutenue le 1^{er}-12-1978.

Dans ce travail considérable, écrit avec une vigueur qui n'a pas toujours dû lui faire des amis, notre collègue le docteur Pierre Robine a entrepris la rude tâche d'étudier le vitalisme au siècle dernier à Montpellier.

L'histoire du vitalisme, cette doctrine intermédiaire entre le matérialisme et le spiritualisme, remonte à des temps très anciens. Les phénomènes biologiques y sont considérés comme irréductibles à des processus physicochimiques, et définis comme produits par une Force Vitale soustraite à l'analyse scientifique expérimentale. C'est le « Ka » de l'Egypte pharaonique, non confondue avec le « Bâ » qui est l'âme, pas plus que la « force active » naturelle d'Hippocrate. Homère y croyait, comme aussi en Afrique noire les Bantous et les Mossi. Opposé aux mécanistes, Stahl fut partisan, au début du XVIII^e siècle, d'une doctrine animiste. Barthez, en 1773, expose à Montpellier son « Vitalisme », avec son principe vital différent du corps et de l'âme, qui n'est, elle, responsable que des actions intelligentes ou instinctives. Adoptée par beaucoup au XIX^e siècle, et même par des croyants, considérant comme secondaires les sciences appliquées pour l'étude de la médecine, cette doctrine se heurta à la fois aux matérialistes et au clergé, sauf à Montpellier. Le positivisme l'atteignit durement. Et pourtant, même actuellement au XX^e siècle, continuant Barthez et Lordat, répondant aux vœux des structuralistes et des « nouveaux philosophes », le vitalisme, ou plutôt un « néo-vitalisme » a ressurgi, tant avec le professeur Pagès qu'avec les auteurs anglo-saxons. Mais à Montpellier, aujourd'hui, le vitalisme est bien mort.

M. Valentin.

Sabbah (G). — « Mémoires III - Médecins et médecine dans l'Antiquité ». - Publication du Centre Jean-Palermé de l'Université de Saint-Etienne, 34, rue Francis-Baulier, 42100 Saint-Etienne et Actes de la journée d'études du 14-15 mai 1982, Saint-Etienne, 1982, 21 × 29,5, 192 p.

C'est une somme de très importantes communications sur la médecine antique que nous apporte ce volume, produit d'un travail d'équipe qui a déjà publié bien d'autres volumes au Centre Jean-Palermé de l'Université de Saint-Etienne.

Pierre-Paul Corsetti relate d'abord comment Columelle savait déterminer l'âge du cheval d'après sa dentition, et fait une savante exégèse du texte latin. Armelle Debru montre qu'Aristote avait tenté de trouver, dans son « *De somnio et Virgilia* », les rapports entre l'épilepsie et le sommeil et liait comme les auteurs antérieurs la maladie au phénomène de la suffocation, localisant la cause des troubles épileptiques dans la trachée. Danielle Gourevitch nous entretient du rôle soutenu à Rome par la thérapeutique originale de la « *gestatio* », c'est-à-dire de la mobilisation des malades dans un véhicule ou sur un animal en mouvement, en voiture, sur mer, ou à cheval, procédé qui semble s'être maintenu pendant plus de six siècles, suivant un dosage rigoureux, discuté par Celse et Sénèque en particulier. Varron, nous dit Y. Lehmann, avait aussi une dimension médicale, puisqu'il incriminait les « bêtes des marais » dans l'étiologie des troubles atteignant leurs habitants. Jean Marcillet-Jaubert étudie une inscription lue près de Tebessa sur un médecin de la Première Cohorte Flavienne. Les sources de Dioscoride et d'anciennes recettes médicales sont analysées par Marie-Hélène Marganne et Carmélia Opsomer-Halleux. Jackie Pigeaud cherche quels rapports ont existé entre Caelius Aurélianus, cher à Laennec, et Soranus. Paul Roesch met en évidence le rôle des médecins publics dans l'Egypte impériale, et Guy Sabbah analyse, d'après Ammien Marcellin, la peste d'Amida en Turquie, place assiégée par les Perses en 359. D'autres études enfin terminent ce livre captivant, spécialement sur Celse et sur les miracles d'Asklépios.

M. Valentin.

Fagot (Anne) et coll. — « Médecine et probabilité ». Actes de la journée d'études du 15 décembre 1979. - Didier Eruditions, 1982, 15 × 21, 264 p. (Université Paris-Val-de-Marne).

Une fois de plus, l'Institut de Recherche universitaire d'histoire de la connaissance, des idées, des mentalités, sous le patronnage éminent de nos collègues le doyen Portos et le professeur Poirier, vient de publier un recueil remarquable, édité par Madame Anne Fagot. Le thème de la journée d'études d'où ce livre est issu pourrait s'intituler : « l'approche probabiliste en médecine ». Mais les savants britanniques et français qui s'y trouvaient, tous de très haut niveau, n'ont pas craint d'aborder de front des thèmes chers aux historiens de la médecine. Comme l'a écrit dans sa préface le professeur François Dagognet, médecin et philosophe de l'Université Lyon-III, le médecin, d'abord empirique, « peut-il être relayé par une machine à enregistrer et à traiter les données ? », et l'un des plus vieux conflits de la culture, « préserver la liberté du jugement, mais ne rien refuser parallèlement au pouvoir des algorithmes et de l'automatisme », sera-t-il résolu par une sorte de paix perpétuelle et acceptable ?

Alistair C. Crombie, du Trinity College à Oxford, donne d'abord une ample description de l'évolution de la pensée probabiliste, de Platon et d'Aristote à Darwin. Il met en exergue au début de la phrase d'Hippocrate : « Je tiens que c'est une chose excellente pour un médecin de pratiquer la prévision. . ».

Anne Fagot analyse ensuite, de la façon la plus claire pour une démarche aussi complexe, et en usant souvent d'exemples pratiques, les données mathématiques d'estimation probabilistes, d'après la règle de raisonnement inductif ou analogique découverte par Bayes en 1763.

I. Hacking (Cambridge) étudie la statistique du suicide au XIX^e siècle et « l'usage pervers des statistiques », et J. Cohen (Oxford) compare la théorie de Bacon et celle de Bayes.

Derouesné (Paris-VI) et Saint-Marc-Girardin (Paris-XII) font enfin le point sur le rôle de l'ordinateur dans la pédagogie médicale et la recherche du diagnostic.

Sur ces sujets difficiles, ce livre vient bien à son heure.

M. Valentin.

Nonclercq (Marie). — « Antoine Béchamp (1816-1908), l'homme et le savant, originalité et fécondité de son œuvre ». - Paris, Maloine, 1982, 16 × 24, 250 p. (préface du Dr Philippe Decourt).

Le livre émouvant que notre collègue Madame Nonclercq vient d'écrire sur le grand savant méconnu Antoine Béchamp (1816-1908) doit retenir toute notre attention, sans pourtant nous entraîner dans une polémique stérile n'apportant aucun élément nouveau à l'histoire des sciences. Né le 15 octobre 1816 près de Morhange, il commença curieusement ses études de pharmacie près d'un de ses oncles, consul de France à Bucarest, qu'il quitta avec le titre de maître en pharmacie en février 1834. Diplômé pharmacien en 1843 à Strasbourg, il y exerça jusqu'en 1851, année où il est nommé agrégé par un jury comprenant Louis Pasteur, à qui il dédiera sa thèse de chimie en 1853, le remplaçant même comme suppléant en 1854. Puis, cette année-là, il est nommé lui-même professeur de chimie et de pharmacie à la Faculté de Montpellier. Il y restera plus de vingt ans, ne quittant Montpellier qu'en 1876 pour devenir doyen de la nouvelle Faculté de médecine de l'Université catholique de Lille, poste qu'il quittera en catastrophe en 1888, étant en désaccord profond avec l'archevêque. Il terminera sa vie à Paris, travaillant dans le laboratoire mis à sa disposition à la Sorbonne par son ami Charles Friedel.

Outre de multiples travaux sur des sujets variés, ce sont ses recherches sur les maladies des vers à soie qui vont l'amener à édifier sa théorie des « microzymas », ces corpuscules indépendants « agissant comme des ferments », venant de l'extérieur, n'existant pas si l'air a été filtré. Il ne nous appartient pas de conclure sur la polémique insidieuse qui peu à peu l'opposa à Pasteur, accusé par les défenseurs de Béchamp de s'être approprié les découvertes de ce dernier. Nous devons dire que le livre de Madame Nonclercq, insuffisamment clair et peu précis dans ses dates et ses citations, ne nous a pas convaincu. Mais son intention de rechercher la vérité est louable, et ce sera aux lecteurs de juger.

M. Valentin.

Florkin (Marcel) et Théodoridès (Jean). — « Henri de Lacaze-Duthiers et Léon Frédéricq : Correspondance (1876-1900). - *Archives internationales de physiologie et de biochimie*, vol. XC, fasc. 2, juillet 1982. - B.P. 144, B 4000 Liège. Suppl. n° 90, p. 1-94.

Né le 15 mai 1821 près de Montpezat, docteur en médecine en 1851, docteur ès sciences en 1853, Henri de Lacaze-Duthiers fut le préparateur d'Henri Milne Edwards

avant de devenir sous le décanat de Louis Pasteur professeur à la Faculté des sciences de Lille, puis en 1864 professeur au Muséum, et en 1865 titulaire de la chaire de Zoologie à la Faculté des sciences de Paris. Il fut ensuite le créateur des Laboratoires de biologie marine de Roscoff et de Banyuls.

Léon Frédéricq, né à Gand le 24 août 1851, docteur ès sciences naturelles à l'université de cette ville en 1871, appartenait à une famille de savants libéraux, disciples de la démocratie chrétienne. Docteur en médecine en 1875, il décida de se consacrer à la physiologie et à la biochimie, particulièrement des Invertébrés marins. D'abord élève d'Hoppe-Seyler à Strasbourg, il commença à correspondre en 1876 avec Lacaze-Duthiers, et lui demanda de fréquenter le laboratoire de Roscoff, après lui avoir été recommandé par Philippon, secrétaire de la Faculté des sciences, ami de son oncle Edouard Huet. C'est la correspondance de plus de vingt années que publient le regretté Marcel Florin et Jean Théodoridès, montrant le jeune savant belge exposer à son aîné de trente ans ses recherches sur le sang des Vertébrés et sur la physiologie des Invertébrés marins, aboutissant à deux très importantes découvertes, celle de l'hémocyanine (1878) et celle de l'autotomie (1882).

Non seulement ces lettres sont passionnantes sur le plan scientifique, mais aussi elles apportent une note profondément humaine sur le caractère et la vie des deux savants. On y trouve des détails pittoresques sur l'existence des chercheurs du siècle dernier, le reflet de la Bretagne maritime, la simplicité quotidienne. Il est réconfortant que cette correspondance ait été publiée.

M. Valentin.

Gysel (Carlos). — « La naissance de la morphologie dento-faciale ». - Paris, Editions de la Société française d'orthopédie dento-faciale, 1982. 24 × 16, 368 p., ill.

C'est une sorte de livre jubilaire que ses collègues ont édifié à Carlos Gysel. En effet, dans ce beau recueil, qui commence par une bibliographie de ses travaux, se trouvent accumulées une série remarquable, témoignant de l'humanisme permanent des recherches historiques sans cesse poursuivies depuis plus de 25 ans par le fondateur de la Société belge d'orthodontie. L'ampleur de ses vues, l'étendue de ses connaissances jointes à une précision sans égale agrémentée par un souci constant d'une illustration gravée de choix, tout ce bel ensemble rend infiniment attrayant ce volume si bien présenté. Voici Erasme, puis Vésale et Bartholémée Eustache, avant Fallope, Fabrice d'Aquapendente, et d'autres grands anatomistes de la Renaissance. Ensuite Bauhin précède Rubens, ses médecins et ses maladies. Un chapitre plus général illustre dans le sens littéral du terme l'évolution iconographique de la morphologie dento-faciale jusqu'au siècle des Lumières. L'œuvre immense de Haller, l'apport de Bordeu, la grande contribution de Joseph Jacob Plenck nous mènent à Fauchard et à Buffon, puis Daubenton et Spix. Et le dernier chapitre du livre étudie très complètement les travaux considérables d'Adolphe Quetelet, savant universel, qui place au premier rang de ses recherches la statistique et la biométrie de la croissance et qui jette les bases de l'anthropométrie moderne.

Quelle somme de connaissances, et quelle perfection à la fois de style, de méthode, de pédagogie ne trouve-t-on pas dans ces pages ! Nous ne pouvons que dire ici, sincèrement, l'admiration profonde éprouvée par le lecteur d'un tel ouvrage, qui dépasse singulièrement la seule histoire de l'orthodontie, pour atteindre à une synthèse claire et méthodique de l'histoire générale de la médecine, de la Renaissance à la veille de la période contemporaine. Que Carlos Gysel en soit donc remercié infiniment dans cette trop rapide esquisse, au nom de tous.

M. Valentin.

Rouche (Florence). — « Trois Seignette et le Polychreste, histoire du sel de La Rochelle ». - Bordeaux, Bergeret, 1982. 21 × 29,5, dact., 65 p. - Thèse de doctorat en pharmacie, Bordeaux, n° 143, soutenue le 3-12-1982.

C'est toute l'histoire pittoresque d'un médicament que nous conte cette thèse. Mais en prologue viennent au premier plan les apothicaires de La Rochelle, leurs statuts, et leur sort pendant le siège de 1628 qui amena la famine et les maladies décimant la population huguenote.

Dans ce drame une famille se dévoua particulièrement, celle de l'apothicaire Seignette et de ses enfants.

Jehan Seignette eut deux fils, l'un Elie qui devint apothicaire, et l'autre Jehan Junior, qui fit ses études de médecine à Montpellier. Les deux frères se consacrèrent à perfectionner « la poudre polychreste », sujet de cette thèse. Il semble que ce sel ait été fabriqué pour la première fois en 1660, après la mort de Jehan le père. C'était un « tartre soluble préparé avec l'alcali de la soude », selon les dires de Boulduc et de Geoffroi dévoilant le secret en 1731. Ce tratre de soude et de potasse se trouvera mentionné, sans nom d'auteur, dans un formulaire de 1840.

Purgatif, apéritif et diurétique, ce remède fut aussi appliqué « pour calmer les vapeurs qui sont portées au cerveau », et pour soigner « l'ébullition et la raréfaction du sang » dans les fièvres et les hémorragies.

De multiples contrefaçons furent faites au cours des années, et Lémery lui-même s'attacha à les dépister. Et c'est à Florence que l'auteur s'aperçut que ce « sel de La Rochelle » avait été utilisé pour restaurer l'un des bronzes de la porte orientale du Baptistère...

Cette utilisation inattendue du sel de nos apothicaires de La Rochelle a permis de terminer sur une note charmante l'histoire de ce produit lié aux salines de la vieille cité.

M. Valentin.

