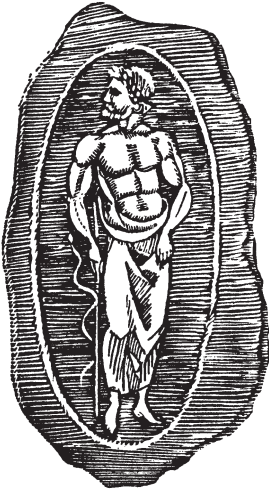


HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

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



TRIMESTRIEL - TOME XLIII - N° 3 - 2009

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

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

REVUE TRIMESTRIELLE
FONDÉE PAR LE Dr ANDRÉ PECKER†

MEMBRES D'HONNEUR

Docteur M. BOUCHER, Professeur A. BOUCHET, Professeur D. GOUREVITCH
Médecin Général P. LEFEBVRE, Madame M.-J. PALLARDY,
Professeur J.-L. PLESSIS, Professeur J. POSTEL
Monsieur M. ROUX-DESSARPS, Docteur A. SÉGAL

CONSEIL D'ADMINISTRATION
2009

BUREAU

Président : Professeur Louis-Paul FISCHER, *Vice-Présidents* : Docteur Jean-Jacques FERRANDIS et Docteur Pierre-L. THILLAUD, *Secrétaire Général* : Docteur Philippe ALBOU, *Secrétaire de Séance* : Monsieur Francis TRÉPARDOUX, *Trésorier* : Docteur Philippe BONNICHON, *Trésorier adjoint* : Docteur Jean POUILLARD

Directeur de la publication : Professeur Louis-Paul FISCHER
Déléguée à la publication : Professeur Danielle GOUREVITCH
Archiviste rédacteur : Madame Janine SAMION-CONTET

Adresse Internet de la Société : www.bium.univ-paris5.fr/histmed

MEMBRES

Docteur Ph. ALBOU, Docteur Ph. BONNICHON, Docteur Ph. CHARLIER,
Mademoiselle F. CRIQUEBEC, Docteur A.-J. FABRE, Docteur J.-J. FERRANDIS,
Professeur L.-P. FISCHER, Docteur C. GAUDIOT, Professeur M. GERMAIN,
Professeur D. GOUREVITCH, Professeur M. GUIVARC'H, Docteur A. LELLOUCH,
Docteur J.-M. LE MINOR, Docteur Ph. MOUTAUX, Madame M.-J. PALLARDY,
Docteur J. POUILLARD, Monsieur G. ROBERT, Professeur J.-J. ROUSSET,
Monsieur M. ROUX-DESSARPS, Docteur É. SALF, Madame J. SAMION-CONTET,
Docteur A. SÉGAL, Docteur P.-L. THILLAUD, Monsieur F. TRÉPARDOUX.

Les articles de la revue "Histoire des Sciences médicales" sont analysés et indexés dans : *FRANCIS* (Institut de l'Information Scientifique et Technique, Vandœuvre-lès-Nancy Cedex, France), *Pub Med* (National Library of medicine, Bethesda) et *Article@INIST*

Liste des membres d'honneur de la Société Française d'Histoire de la Médecine

Année 1940

Professeur Max NEUBURGER (Vienne)[†], Docteur De METS (Anvers)[†]

Année 1958

Monsieur Jean ROSTAND[†], Monsieur le Chanoine Etienne DRIOTON[†]

Année 1963

Docteur André HAHN[†]

Année 1973

Monsieur Raymond GUILLEMOT[†]

Année 1982

Docteur André PECKER[†], Madame Denise WROTNOWSKA[†],
Doyen Jean-Pierre KERNEÏS[†]

Année 1984

Docteur Théodore VETTER[†]

Année 1987

Madame Jacqueline SONOLET[†]

Année 1989

Professeur Jean CHEYMOL[†]

Année 1990

Docteur Michel VALENTIN[†], Docteur Pierre DUREL[†]

Année 1992

Madame le Docteur Anna CORNET[†]

Année 1993

Médecin-Général Louis DULIEU[†]

Année 1994

Professeur André CORNET[†]

Année 1995

Professeur Jean-Charles SOURNIA[†]

Année 1997

Médecin-Général Pierre LEFEBVRE, Madame Paule DUMAÎTRE[†]
Monsieur Jean THÉODORIDÈS[†]

Année 1999

Professeur Mirko Dražen GRMEK[†]

Année 2001

Professeur Alain BOUCHET, Professeur Guy PALLARDY[†]
Professeur André SICARD[†]

Année 2003

Professeur Jacques POSTEL

Année 2004

Madame Marie-José PALLARDY

Année 2005

Docteur Maurice BOUCHER, Professeur Jean-Louis PLESSIS

Année 2006

Monsieur Michel ROUX-DESSARPS, Docteur Alain SÉGAL

Année 2009

Professeur Danielle GOUREVITCH

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

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

TOME XLIII

2009

N°3

Sommaire

Société française d'Histoire de la Médecine

Compte rendu de la séance du samedi 17 janvier 2009	229
Compte rendu de la séance du samedi 14 février 2009 :	231
Compte rendu de l'Assemblée générale du samedi 14 février 2009	233

François de Lapeyronie, de Montpellier (1678-1747), restaurateur de la chirurgie et esprit universel : l'âme, le musc, les œufs de coq

par le Pr Louis-Paul FISCHER, Jean-Jacques FERRANDIS et Jean-Éric BLATTEAU 241

La section de la symphyse pubienne et l'opération césarienne : une controverse franco-hollandaise (1765-1830)

par le Pr Teunis Willem VAN HEININGEN 249

Pourquoi un programme de construction d'hôpitaux militaires permanents en Algérie avant la fin de la conquête (1841-1860) ?

par le Dr Pierre-Jean LINON 261

Michel Lévy (1809-1872), directeur de l'École du Val-de-Grâce

par le Dr Jean-Jacques FERRANDIS 275

L'inversion en milieu socioculturel français du sens du terme alcoolique chez l'homme

par le Pr Bernard HILLEMAND 281

Les origines de la législation sur les stupéfiants en France

par le Dr François CHAST 293

Un procès-verbal d'autopsie inédit (Saint-Nectaire, 1765). Étude technique et diagnostic rétrospectif

par le Dr Philippe CHARLIER et le Pr Danielle GOUREVITCH 307

Les 36 volumes du Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine (1902-1941, avec les tables 1902-1914) sont désormais en ligne sur le site de la Bibliothèque interuniversitaire de médecine avec deux possibilités d'accès :

- feuilletage volume par volume à l'adresse :
<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?bsfhm>
- recherche par les index (noms des auteurs, mots des titres des articles) à l'adresse :
<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/periodiques.htm>

Cette deuxième adresse permet une recherche croisée avec huit autres revues majeures du XVIIIème au XXème siècle. On peut imprimer les textes.

Notre actuelle revue *Histoire des sciences médicales* sera bientôt mise en ligne, elle aussi, par la BIUM, à l'exception des trois dernières années ; cet « embargo » permettra le maintien du tirage papier sous la forme que nous lui connaissons aujourd'hui.

Les communications des **Journées d'histoire des maladies des os et des articulations** qui se sont déroulées à l'hôpital Cochin les 21 et 22 novembre 2008 sont publiées dans la revue « Rhumatologie pratique », n° 267 octobre 2009, le numéro sera envoyé à chaque abonné à notre revue « Histoire des Sciences médicales ».

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU SAMEDI 17 JANVIER 2009

Ouverture à 14h30 sous la présidence de Madame le Professeur Danielle Gourevitch, président de la Société française d'Histoire de la Médecine. La séance se déroule dans la Salle du Conseil de l'ancienne Faculté de Médecine, Université René Descartes, 12, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris

Le président donne la parole au secrétaire de séance, M. Francis Trépardoux, pour la lecture du procès-verbal de la séance du 13 décembre 2008. Le procès-verbal est adopté à l'unanimité.

Le président donne ensuite la parole au secrétaire général, le Dr Jean-Jacques Ferrandis, pour les informations générales :

1) Excusés

Mmes Idelette de Bures et Marie-José Pallardy, MM. Stéphane Barry, Edward Jeanfils et Alain Ségat.

2) Élections

Le président propose l'élection des candidats dont la demande d'adhésion à notre Société a été annoncée lors de la séance précédente

- Médecin en chef René Grangier. Parrains : Louis-Paul Fischer, Jacques Voinot et Jean-Jacques Ferrandis.
 - Dr Benoît Vesselle. Parrains : Jean-Paul Hutin et Jean-Jacques Ferrandis.
 - Mme Helen Perdicoyanni-Paleologou. Parrains : Alain Lellouch et Philippe Albou.
 - Pr Jean-François Moreau. Parrains : Danielle Gourevitch et Jean-Jacques Ferrandis.
- Les candidats sont élus à l'unanimité.

3) Informations diverses, manifestations à noter

La sortie annuelle de la Société se déroulera les vendredi 15, samedi 16 et dimanche 17 mai 2009 à Lyon ; ces journées sont organisées par les soins du Pr L.-P. Fischer, vice-président de la Société et par le Pr J. Chevallier.

Avant le début de cette séance, la vente et la dédicace d'ouvrages réservés aux membres de notre Société ont été proposées : *Femmes en médecine, en l'honneur de Danielle Gourevitch*, Paris, De Boccard, 2008 ; et *Le Service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, Paris, LBM, 2008, par le Pr A. Larcen et le Dr J. J. Ferrandis.

La prochaine séance donnera lieu à l'assemblée générale annuelle. Une omission regrettable s'est produite au moment d'établir la liste des candidatures au Conseil d'administration. Le secrétaire-général présente ses excuses. Il a fait parvenir aux membres de la Société une liste rectifiée, de façon à procéder à un nouveau vote dans le souci d'une complète équité.

4) Publications annoncées : tirés à part et news letters, revues et ouvrages reçus

Bulletin du centre d'histoire de la médecine de Toulouse, n°66, octobre 2008 avec des études concernant les épidémies et épizooties au 18ème siècle par Dominique Boury, ainsi que sur la peste à Moscou en 1771 par Pierre Lile ; les cahiers SYNGOF d'octobre et novembre 2008.

Le volume très remarquable de notre collègue le professeur B. Hoerni, *Le fou d'Istanbul ou Divagations d'un médecin dans la ville et dans le temps, 1981-2006*, Éditions Frison-Roche, 2008.

5) Communications

- **Bernard HILLEMAND** : *L'inversion en milieu socioculturel français du sens du terme alcoolique chez l'homme.*

La première révolution industrielle a entraîné l'apparition de l'alcoolisme chronique dégagé par Magnus Huss en 1849. En France se multipliaient les débitants de boissons, cabarets et marchands de vins, avec une alcoolisation populaire massive obtenue en 1865, sans réelle connaissance sur l'alcoolodépendance. Ce fut quasi l'inverse en pays anglo-saxon où l'alcool consommé en dehors des repas était utilisé pour son effet psychotrope très addictogène. La tardive prise de conscience de l'alcoolodépendance en milieu socioculturel français est relatée.

Interventions : Prs Battin et Gourevitch.

- **François CHAST** : *Les origines de la législation sur les stupéfiants en France.*

Depuis le XVIIIème siècle, les gouvernements ont pris des mesures pour réglementer et contrôler la mise en vente des poisons, spécialement celle des substances à caractère pharmaceutique. La loi de 1803 posait le cadre fondateur de la pratique des pharmaciens ; mais c'est en 1845 qu'apparaît la loi visant et restreignant la mise en vente des substances vénéneuses, définissant la liste de ces produits, contrôlant leur délivrance au malade de façon nominative, incluant les dérivés de l'opium dont l'usage illicite ira croissant jusqu'au début du XXème siècle. En pleine guerre, c'est la loi de 1916 qui définissait et créait le cadre d'usage médical spécifique pour les stupéfiants, en relation avec les besoins de secours dus aux blessés.

Interventions : GI Doury, Drs Bonnichon, Fabre, Ferrandis et Lellouch.

- **Philippe CHARLIER** et **Danielle GOUREVITCH** : *Un procès-verbal d'autopsie inédit (Saint-Nectaire, 1765). Étude technique et diagnostic rétrospectif.*

Dans la chambre d'un cabaretier, un homme décède. Il porte un coup de fusil dans la cuisse ; cependant, sa gorge présente un gonflement de couleur rougeâtre. Quelles ont été les causes de son décès ? Les indications anatomo-pathologiques laissées par les intervenants permettent-elles d'en établir l'origine ? L'analyse approfondie du contexte historique aussi bien que l'aspect médical permettent aux auteurs de conclure à la gravité du phénomène pharyngé, ayant pu causer la suffocation, alors que sa blessure demeurait sans gravité marquée.

Interventions : Pr Guivarc'h ; Drs Bonnichon, Charon, Le Floch, Lellouch, Petrover et Thillaud.

- **M. BARRY** étant accidenté et dans l'impossibilité d'être présent à Paris, la présentation de sa communication est reportée à une date ultérieure.

Le président a remercié les conférenciers, annonçant la prochaine séance qui se tiendra le samedi 14 février 2009, salle du Conseil.

La séance a pris fin à 17 heures.

Francis Trépardoux,
Secrétaire de séance

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU SAMEDI 14 FÉVRIER 2009

La séance a eu lieu dans la Salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris. Après la tenue de l'assemblée générale ouverte à 14h30 et après le renouvellement du Bureau approuvé par l'assemblée des sociétaires, le cours du programme habituel reprend sous la présidence du professeur Louis-Paul Fischer, président de la Société. Celui-ci prend la parole pour s'adresser à l'ensemble des sociétaires présents, les assurant de ses profonds sentiments d'attachement aux travaux de notre Société, et soulignant les liens solides qui ont uni sa pratique médicale à Lyon et à Paris.

Le président donne la parole au secrétaire de séance, M. Francis Trépardoux, pour la lecture du procès-verbal de la séance du 17 janvier 2009. Le procès-verbal est adopté à l'unanimité.

Le président donne ensuite la parole au nouveau secrétaire général, le docteur Philippe Albou. Après avoir remercié ses collègues pour sa nomination qu'il considère comme un honneur mais aussi une responsabilité qu'il espère pouvoir assumer au mieux dans la durée et dans la ligne de ses prédécesseurs immédiats, les docteurs Alain Ségal et Jean-Jacques Ferrandis, le docteur Albou annonce les informations générales.

1) *Excusés*

Mmes Idelette de Bures et Marie-José Pallardy, Dr Alain Lellouch.

2) *Candidature*

- Mme le docteur Marianne Karamnou, médecin d'Athènes, doctorante en histoire moderne sur la syphilis. Parrains : Georges Androustos et Francis Trépardoux.

3) *Informations diverses, manifestations à noter*

- Avant la séance, à partir de 14h00, vente et dédicace des ouvrages suivants : - *Un médecin précurseur, Jean Hameau (1779-1851) et le Bassin d'Arcachon autrefois*, par le Pr Jacques Battin (Prix de l'Académie Nationale des Sciences et Belles-lettres et Arts de Bordeaux) ; - *Souvenirs en éclairs ou comment le fils du facteur est devenu professeur de médecine*, par le Pr Jean-Jacques Rousset et les ouvrages du Dr en chirurgie dentaire Xavier Riaud.

- La sortie de la Société à Lyon, les 15, 16 et 17 mai prochain, coïncidera avec d'autres et nombreuses manifestations. Il est donc vivement conseillé aux futurs participants de bien vouloir réserver rapidement leur hôtel. Le programme sera diffusé avec celui de la prochaine séance de mars.

- L'hommage à notre regretté collègue du Conseil d'administration, M. le Pr Philippe Vichard, sera prononcé par notre collègue M. le Dr Jean-Louis Ribardièrre, ancien secrétaire général de l'Académie nationale de chirurgie, lors de notre prochaine séance, le 21 mars prochain à l'occasion du palmarès des prix de notre Société pour l'année passée.

4) *Publications annoncées : tirés à part et news letters, revues et ouvrages reçus*

- La publication, aux Presses universitaires de Strasbourg, des textes réunis à l'occasion du 150ème anniversaire de la création de l'École, d'un ouvrage sur *École impériale du Service de santé militaire de Strasbourg (1856-1870)*, une édition avec 486 illustrations, que l'on doit à J.-M. Le Minor, G. Laurent, G. Vicente, J.-Y. Pabst et B. Ludes.

- La publication, par le laboratoire dermatologique Bioderma, du *Traité des maladies de la peau*, suivi du *Livre de l'embellissement* de Girolamo Mercuriale, qui est en fait la première traduction française de l'édition latine de 1585, par Pierre Gombert, de l'école des Chartes, avec l'aide du dermatologue Jacques Chevallier et avec une préface de Danielle Gourevitch.

Livre de Rozenn Hénaff-Madec, *Enquête médico-légale sur le naufrage du H. L. Hunley (1864)*, préface du Dr Xavier Riaud, L'Harmattan, Coll. Médecine à travers les siècles, 2008.

- Quatre numéros récents du magazine *Pour la Science*.

5) *Communications*

- **Claude CHASTEL** : *Il y a 60 ans (1949), les cultures cellulaires permettaient enfin de multiplier aisément les virus de la poliomyélite.*

En 1949, trois virologistes américains, John F. Enders, Thomas H. Weller et Frederick C. Robbins, ont fait faire à la virologie un bond en avant sans précédent. Formés à la "Harvard Medical School" et travaillant au "Children's Medical Center", à Boston, ils avaient réussi à multiplier, de façon aisée et reproductible, les trois virus de la poliomyélite dans des cellules non-nerveuses cultivées *in vitro*. Peu après, en 1954, ils furent honorés d'un prix Nobel de physiologie et médecine. En effet, leur découverte ouvrait une ère nouvelle en virologie, permettant non seulement de mettre au point rapidement des vaccins anti-poliomyélitiques efficaces (J.E. Salk, 1953 ; A.B. Sabin, 1955), mais aussi d'isoler facilement d'autres virus déjà connus et d'accéder à de nombreuses applications en biologie cellulaire.

Interventions : Prs Battin, Fischer et Gourevitch, Drs Héraut et Ségat.

- **Bernard VÉRHILLE** : *Les plantes tinctoriales, leurs applications thérapeutiques aux époques antiques. Le cas particulier des Isatis.*

Trois plantes tinctoriales ont été utilisées de façon systématique à l'époque médiévale en Europe : la guède, la garance et la gaude. Elles avaient aussi des propriétés thérapeutiques décrites par les Anciens. Deux d'entre elles au moins étaient connues sur tous les continents : la guède pour le bleu et la garance pour le rouge. Nos laboratoires modernes ont pu mettre en évidence des principes actifs thérapeutiques dérivés de l'indole de la guède (*Isatis sp.*). Se référant à Dioscoride, Mathiolle et Culpeper, l'auteur présente les aspects historiques et ethno-botaniques particuliers à cette espèce, autour de la Méditerranée et dans le Caucase.

Interventions : Pr Fischer, Dr Bonnichon et M. Trépardoux

- **Bernard GUILLEMAIN** : *La mort de Cléopâtre : analyse au regard des connaissances modernes.*

L'image de cette reine mordue par un serpent est contestée. Les éléments de faits viennent s'associer aux constats scientifiques pour récuser l'envenimation mortelle de Cléopâtre. La rapidité de son décès et de celui de ses deux servantes présentes abonde dans le sens d'un empoisonnement violent. L'auteur rapproche la symbolique du serpent dans les récits anciens des vertus sacrées que leur conféraient les Égyptiens depuis l'Antiquité, pour embellir le suicide de celle qui était condamnée à mort par les Romains. C'est Octave qui a propagé et érigé en mythe la morsure fatale, largement reprise par l'iconographie néo-romantique et le cinéma.

Interventions : Prs Battin et Gourevitch, Drs Albou, Bonnichon et Renner, Mlle Criquebec.

Le président conclut en remerciant les intervenants pour leurs exposés, annonçant la séance suivante qui se tiendra le samedi 21 mars 2009, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, rue de l'École de Médecine, 1er étage, 75006 Paris, laquelle donnera lieu à la remise des prix et médailles de la Société.

La séance a pris fin à 17h.

Francis Trépardoux,
Secrétaire de séance

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 14 FÉVRIER 2009

Rapport moral, présenté par le Dr Jean-Jacques Ferrandis, secrétaire général.

Madame le Président, Mesdames, mes chers Collègues,

Comme le prévoient nos statuts, le Conseil d'administration de notre Société s'est réuni ce matin. Il a approuvé le résultat des élections que je développerai plus loin. Il a également pris note de mon souhait de mettre un terme à mon mandat de secrétaire général que j'exerçais depuis février 2000. J'applique ainsi les excellents conseils de notre ancien président et ami Alain Ségal, conseils auxquels je souscris totalement car ils sont fondés sur une grande expérience. N'écrivait-il pas en février 2000, à la fin de son mandat : "J'ai même à mes yeux tenu trop longtemps ce poste".

Avant de vous présenter mon rapport moral pour l'année 2008, je débiterai mon propos en vous exprimant mes plus vifs remerciements pour la confiance que vous avez bien voulu m'accorder pendant ces huit années. J'ai, pour ma part, toujours considéré que le secrétaire général, comme son étymologie l'indique, doit être le plus fidèlement et le plus diplomatiquement possible le chef du secrétariat de la présidence. Cette certitude m'a aidé, je le crois, à pouvoir clairement servir et mériter la confiance de quatre présidents successifs. D'abord M. le Pr Guy Pallardy qui m'a demandé, en 1998, si je voulais occuper la fonction de secrétaire général adjoint. Il m'a prodigué de nombreux conseils et m'a toujours montré combien il était préoccupé de l'avenir de notre Société qu'il souhaitait sans heurt, dans la meilleure cohésion. J'ai toujours essayé de rendre nos réunions les plus conviviales possibles. Je tiens à témoigner ma gratitude à l'épouse de notre regretté président, Mme Marie-José Pallardy, qui m'honore toujours de sa grande expérience sur la trésorerie de la Société. En février 2000, la clairvoyance du Pr Pallardy me permettait de succéder naturellement à Alain Ségal, au poste de secrétaire général, sous la présidence de M. le Pr Jean-Louis Plessis. Mon général et surtout, cher ami, tu m'accordais déjà ta confiance bien avant l'année 2000. Tu as continué à me l'accorder sans restriction et nous avons pu mener à bien avec notre collègue M. Guy Cobolet, la convention d'accueil de notre Société sur le site internet de la BIUM. Nous avons pu aussi commencer à préparer efficacement les commémorations du centenaire de la Société.

De février 2002 à février 2006, j'ai été particulièrement honoré et heureux de servir sous la présidence d'Alain Ségal. D'abord parce que je retrouvais l'ami qui m'avait prodigué ses conseils, sans aucune retenue, dès mes premiers pas dans le secrétariat général. Ensuite parce que nous étions dans la période euphorisante de la préparation du centenaire. Enfin, parce que dans les années suivant ce centenaire, nous avons continué à nous témoigner une confiance absolue, dans le seul objectif de la bonne marche de la Société. Notamment, à l'occasion de la fermeture de notre bibliothèque située au 15, rue de l'École de Médecine et qu'il a fallu déménager en un temps record sur l'injonction du président de l'université Paris VI. Nous avons heureusement trouvé un accueil rapide et bienveillant à la BIUM, dirigée par notre collègue Guy Cobolet. Par ailleurs, j'ai souvent admiré le courage d'Alain Ségal et sa discrétion sur ses dépenses, lorsqu'il présidait notre Bureau le vendredi après-midi, puis retournait à Reims car il devait pratiquer des endoscopies le samedi matin. Sans répit, il reprenait sa voiture pour venir présider la séance du samedi après-midi et repartait enfin à Reims. Merci, cher Alain, pour ton abnégation qui montre bien les difficultés de nos collègues habitant la province.

Madame le Pr Danielle Gourevitch, permettez-moi de vous dire publiquement combien j'ai été honoré d'être votre secrétaire général. Vous avez été à l'origine de manifestations marquant la renommée de notre Société, notamment le colloque Baillière. Vous avez accepté avec enthousiasme le projet de notre vice-président Pierre Thillaud d'organiser les premières Journées transpyrénéennes d'histoire de la médecine à Hendaye et Bilbao, ainsi que le projet de notre collègue M. le Pr François Legent pour des Journées nantaises d'histoire de la médecine. Vous avez toujours sollicité et tenu compte de mes avis, et vous m'avez ainsi montré votre souci d'agir, comme vos prédécesseurs, pour le seul bien de notre Société. Votre connaissance encyclopédique de la médecine, notamment de la médecine antique, votre goût pour le mot juste, votre opiniâtreté, vous ont permis d'être un directeur de publication particulièrement efficace, toujours occupé à parfaire notre revue. Merci également à Mme Samion-Contet, M. Michel Roux-Dessarps, M. le Pr Jean-Jacques Rousset, M. Georges Robert et M. le Dr Claude Gaudiot sans qui la revue ne pourrait exister.

Les membres de notre Conseil d'administration et de notre Bureau m'ont toujours écouté avec bienveillance. Qu'ils en soient remerciés. Certains, hélas trop nombreux, nous ont quitté : Jean Théodoridès, Mirko Grmek, Paule Dumaître, Louis Dulieu, Yves Chambon, Germain Galérant, André Sicard, Michel Valentin, Guy Pallardy, André Cornet et plus récemment Philippe Vichard.

Je voudrais aussi remercier chaleureusement notre trésorier, M. le Dr Philippe Bonnichon. Tu as accepté ce poste difficile, en avril 2005, dans des conditions préoccupantes, malgré ton activité débordante à l'hôpital Cochin, je peux en témoigner. En effet, après le décès brutal de notre regretté président Pallardy, son épouse était incapable d'assurer cette tâche. Nous avons donc passé l'été à réorganiser et à numériser le secrétariat de la trésorerie et surtout le fichier de nos adhérents membres et abonnés. Madame Pallardy nous a ensuite rejoints et s'acquitte actuellement des tâches nombreuses et fastidieuses du secrétariat de la trésorerie avec la discrétion et la minutie qui la caractérisent.

Un secrétaire général serait bien isolé s'il ne pouvait compter sur l'action du secrétaire de séance. Alain Lellouch d'abord et Francis Trépardoux, plus longuement, m'ont permis de travailler dans un climat de convivialité, sans lequel je suis relativement inefficace. Un grand merci à tous les deux.

Venons-en au rapport de l'année 2008.

- Pour ce qui concerne l'évolution des effectifs

Au 31 décembre 2007, notre Société comptait 486 membres dont 364 étaient en même temps membres et abonnés et 453 étaient seulement abonnés à la revue. Il y avait 11 étudiants dont 9 étaient en même temps membres et abonnés et 9, seulement abonnés. Au 31 décembre 2008, la Société comptait 467 membres dont 358 étaient en même temps membres et abonnés et 446 seulement abonnés à la revue. Il y avait 6 étudiants dont 4 étaient en même temps membres et abonnés. Rappelons que la Société comptait 516 membres en 2004, 527 en 2005, 521 en 2006, 486 en 2007 et donc 467 en 2008. Rappelons également qu'il n'y avait pas eu de radiation pour cotisation non payée depuis plus de deux ans en 2005, du fait de la refonte complète avec numérations du fichier de nos adhérents. En 2006, il y avait eu 9 décès et 38 démissions ou radiations, soit une diminution de 47 membres. Ceci avait toutefois le mérite de diminuer les frais de routage, notamment de la revue, en affinant au plus près notre fichier.

Le nombre de candidats élus a été de 26 en 2004, 31 en 2005, 24 en 2006, 26 en 2007 et 18 en 2008.

En 2008, nous avons dû déplorer 5 décès dont celui d'un membre éminent du Conseil d'administration, M. le Pr Philippe Vichard de Besançon, membre de l'Académie nationale de médecine et président en exercice de l'Académie nationale de chirurgie. Il y a eu 36 radiations, dont 3 pour démission et 33 pour absence de paiement des cotisations depuis plus de trois ans. Certes, ces radiations entraînent une baisse plus significative du nombre des adhérents, que l'on pourrait déplorer mais les économies d'affranchissement lors de l'envoi du programme des séances mensuelles et surtout de l'envoi des quatre revues annuelles, nous conduisent à nous satisfaire de cette solution. D'autant que cela montre bien combien les frais de routage sont calculés au plus près, sans idée de bénéfice.

Il y avait 26 nouveaux adhérents élus durant l'année 2007. En 2008, la Société en a compté 18. Comme je l'ai dit plus haut, notre fichier adhérent ne pourrait être si rigoureusement tenu à jour sans le travail continu, difficile mais obscur, de Mme Marie-José Pallardy, en parfaite coordination avec le secrétaire général.

Situation de la revue Histoire des Sciences médicales

Conformément aux souhaits du Conseil d'administration, notre revue a comporté un total de 432 pages pour les quatre numéros de l'année 2008. Ces numéros ont été livrés sans retard grâce à l'important travail de notre directeur de publication, Mme le Pr Gourevitch qui doit trop souvent réécrire les manuscrits qui ne sont pas donnés selon les règles de publication, lesquelles sont pourtant publiées. Mme Gourevitch est grandement aidée dans sa tâche par notre archiviste rédacteur, Mme Janine Samion-Contet qui réalise les maquettes avec un soin particulier afin d'éviter les pertes de place inutiles. Le Pr Rousset fait ensuite une relecture des épreuves comportant trop souvent des fautes de syntaxe et de nombreuses coquilles, obligeant à de fastidieuses corrections. Il nous faut malheureusement rappeler que l'un des plus grands problèmes consiste dans le suivi de la réception des textes pour chacune des séances, car presque tous les auteurs sont en retard. Nous vous remercions de bien vouloir envoyer vos manuscrits par informatique mais également sur tirage papier, l'iconographie devant impérativement être mise à part, car le fait de recevoir les textes par bribes crée un travail supplémentaire à l'éditeur. Le Conseil a approuvé l'idée qu'à l'avenir, seul sera publié le résumé des manuscrits posant problème.

Diffusion des informations de la Société sur Internet

Le Dr Albou est responsable pour la France de la diffusion des informations de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine sur Internet ; il a été chargé par le Conseil de faire le bilan du fonctionnement de notre site et de proposer des améliorations. Il est trop tôt pour faire une évaluation, car le nouveau site est actif depuis peu mais nous espérons qu'avec le concours de M. Jacques Gana, responsable du site de la bibliothèque interuniversitaire de médecine, dirigée par notre collègue Guy Cobolet, ce site donnera satisfaction.

Commission des prix. Prix Sournia

La composition de la commission des prix est la suivante : Président, M. le Dr Jean Pouillard (entré en 2006), Secrétaire (ès fonctions), M. Guy Cobolet. Membres : M. le Pr Jacques Postel (entré en 2004), M. le Pr Jean-Jacques Rousset (entré en 2005), M. le Dr Jean-Marie Le Minor (entré en 2006), M. le Pr Louis-Paul Fischer (entré en 2006), M. le Dr Alain Ségal (entré en 2006). La séance solennelle des prix aura lieu en mars, comme à l'accoutumée. La commission des prix, présidée par notre collègue Jean Pouillard, s'est réunie le 6 février, elle devrait décerner un prix d'ouvrage, un prix de thèse en histoire de la médecine et un prix de thèse en sciences humaines.

Déroulement des séances

Comme les années précédentes, bien qu'elles se déroulent le samedi après-midi, nos séances mensuelles ont rassemblé en moyenne soixante-dix à quatre-vingt collègues, ce qui est appréciable. Nous remercions chaleureusement nos courageux collègues. Rappelons que, depuis le mois d'avril, le début des séances est désormais fixé à quatorze heures trente, afin de faciliter le retour de nos collègues habitant la province. Permettez-moi au nom de tous d'exprimer, comme il se doit, nos plus vifs remerciements à monsieur le Président de l'Université René Descartes, pour son accueil bienveillant dans cette prestigieuse Salle du Conseil. Nos remerciements s'adressent également à monsieur le médecin général inspecteur Jean-Étienne Touze, Directeur de l'École du Val-de-Grâce.

En dehors des séances de communications libres, toujours animées, nous avons eu les séances particulières suivantes : le 29 janvier 2008, avant la première séance de l'année, à l'invitation de la Mairie de Paris, la plaque dédiée à l'éditeur J.-B. Baillière a été dévoilée, au 19, rue Hautefeuille, 75006. Les discours ont été prononcés par M. le maire du 6ème arrondissement puis par Mme Moïra Guilmart, maire adjoint chargé du patrimoine à la mairie de Paris et amie d'enfance de notre président, et enfin par notre collègue Michel Roux-Dessarps, descendant de J.-B. Baillière.

Lors de la séance du 16 février, notre ancien président Alain Ségal prononçait l'hommage à M. le Pr André Cornet, ancien président de la Société de 1987 à 1993, qui a mené une action exemplaire pour sauver notre Société du désastre, aidé en cela par son épouse Mme le Dr Anna Cornet. Lors de l'Assemblée générale ordinaire annuelle qui a suivi cet hommage, les membres présents ou représentés ont adopté à l'unanimité le rapport moral, le rapport financier et la reconduction des membres du Bureau pour l'année 2007. Cette assemblée a été suivie par des communications très intéressantes, servies par d'importants moyens vidéo. Elles étaient coordonnées par notre collègue, M. le Pr Jean-Claude Lamielle sur le thème passionnant : de l'iconographie à l'imagerie médicale.

La séance du 19 avril a donné lieu au palmarès des prix de la Société pour l'année 2007. La Société a décerné un prix du meilleur livre, un prix de thèse en histoire de la médecine et un second prix de thèse en sciences humaines. Les communications suivant le palmarès des prix ont été l'occasion d'une séance commune avec la Société d'histoire de la naissance, sous la co-présidence de Mme le Pr Danielle Gourevitch et de Mme Marie-France Morel, président de la Société d'histoire de la naissance.

La sortie annuelle de notre Société en province a eu lieu du 16 au 18 mai 2008, à Nantes. Ces journées étaient remarquablement organisées sous la direction de notre collègue François Legent. Le vendredi 16 mai, les participants ont été accueillis par notre président au château des Ducs de Bretagne. Après la visite du château, eut lieu la visite guidée du musée des Beaux Arts. La matinée du samedi 17 mai s'est déroulée au Centre François Viète, groupe de recherche en épistémologie, histoire des sciences et des techniques, inclus dans la Faculté des Lettres de Nantes. Après l'accueil par M. le Pr Stéphane Tirard, Directeur du centre, le Pr Gourevitch a remercié les organisateurs de cette journée, notre collègue le Pr François Legent, ainsi que le Pr Tirard, le Dr Dubois et M. Le Blay, maître de conférences. Après de brillantes communications, les participants ont visité le musée Laennec. Les communications de l'après-midi ont été présentées dans l'auditorium du musée départemental Dobrée. L'introduction du Pr Gourevitch fut associée à celle de notre collègue le Pr Jean Guénel, président de la

Société des Hôpitaux de l'Ouest, évoquant le souvenir du Doyen Kerneis. Le dîner eut lieu à bord d'un bateau parcourant le cadre magnifique de l'Erdre. Le dimanche 18 mai, au matin, les journées nantaises se sont achevées par la visite de la cathédrale et de la ville de Nantes sous la conduite particulièrement éclairée de M. Jean Bourgeon.

La séance du 18 octobre, au Val-de-Grâce a été commune avec la Société francophone d'histoire de l'ophtalmologie, présidée par le professeur Pierre-Jacques Chevaleraud. Les 21 et le 22 novembre ont eu lieu les Journées d'histoire des maladies des os et des articulations, organisées par la SFHM et le groupe hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul.

La sortie en province de la Société aura lieu à Lyon, les vendredi 15, samedi 16 et dimanche 17 mai 2009. Ces journées seront organisées sous la direction de notre nouveau président, M. le Pr Fischer, membre de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon mais aussi de l'Académie de Villefranche. Ces journées seront placées sous le haut patronage de MM. les Prs René Mornex, Jean Normand, Jean-Pierre H. Neidhart et de nos deux anciens présidents lyonnais Alain Bouchet et Maurice Boucher. Le comité d'organisation sera composé de nos collègues Jacques Chevallier, René Grangier et Frédéric Chauvin.

Le projet de programme a été approuvé ce matin par le Conseil d'administration. La sortie coïncidera avec d'autres et nombreuses manifestations. Il est donc vivement conseillé aux futurs participants de bien vouloir réserver rapidement leur hôtel. Le programme sera diffusé avec celui de la prochaine séance de mars.

Conditions d'adhésions et d'abonnement

Le Conseil d'administration et le Bureau de notre Société vous propose les tarifs suivants pour la cotisation des membres et l'abonnement à la revue applicables en 2010.

Tarif 2010	Cotisation	Abonnement Revue	Total
Membre Union Européenne	35 €	80 €	115 €
Membre autres pays	35 €	87 €	122 €
Membre étudiant	18 €	40 €	58 €
Membre donateur	75 €	75 €	150 €
Institution Union Européenne	/	110 €	/
Institution autres pays	/	120 €	/
Retard (par année)	35 €	80 €	115 €

Résultats des élections et renouvellement du Bureau

Comme tous les deux ans, nous avons procédé au renouvellement par tiers de notre Conseil d'administration, soit 8 postes sur 24. La clôture définitive des candidatures a été fixée au 1er décembre 2008, la date de la poste faisant foi. Nous avons reçu 12 candidatures. Il a donc fallu, comme par le passé, réaliser le vote par correspondance. La date limite du scrutin avait été fixée au 30 janvier 2009. Malheureusement, l'omission d'un candidat sur les bulletins de vote imprimés a conduit, dans un souci d'équité, à refaire un second scrutin. La date limite a été reportée au 8 février 2008 à minuit. Nous avons reçu douze candidatures que voici par ordre alphabétique : Dr Philippe Charlier de Paris, Dr Pierre Charon de Meaux, Mme Françoise Criquebec de Paris, Pr Michel Germain de

Paris, Pr Marcel Guivarc'h de Paris, Dr Jean-Marie Le Minor de Strasbourg, Dr Patrice Le Floch-Prigent de Paris, Mme Marie-José Pallardy de Paris, M. Xavier Riaud de Nantes, Pr Jean-Jacques Rousset de Paris, M. Michel Roux-Dessarps de Paris, Mme Jacqueline Vons de Tours. Le scrutin a été dépouillé ce matin et le Conseil d'administration a approuvé l'élection des huit membres dont les noms suivent par ordre alphabétique : Dr Philippe Charlier, Mme Françoise Criquebec, Pr Michel Germain, Pr Marcel Guivarc'h, Dr Jean-Marie Le Minor, Mme Marie-José Pallardy, Pr Jean-Jacques Rousset, M. Michel Roux-Dessarps.

Le Conseil a pris acte de la fin de mandat de notre président, Mme le Pr Danielle Gourevitch. Il lui a exprimé sa gratitude pour les immenses services rendus, notamment comme Directeur de publication de notre revue et l'a élue membre d'honneur. Il a approuvé le renouvellement du Bureau qui devient le suivant :

Président : Pr Louis-Paul Fischer, Vice-Présidents : Dr Pierre Thillaud et Dr Jean-Jacques Ferrandis, Secrétaire Général : Dr Philippe Albou, Secrétaire Général adjoint : non pourvu, Secrétaire de séance : M. Francis Trépardoux, Trésorier : Dr Philippe Bonnichon, Trésorier adjoint : Dr Jean Pouillard. Pour ce qui concerne notre revue, le Directeur de Publication est statutairement le président qui a chargé de cette mission notre ancien président, Mme le Pr Danielle Gourevitch. L'archiviste rédacteur reste Mme Janine Samion-Contet. Le secrétaire général est également chargé de renseigner notre site internet, il sera aidé dans sa tâche par le Dr André-Julien Fabre et le secrétaire de séance, M. Francis Trépardoux.

Chers collègues, au nom du Conseil d'administration et de notre Bureau, il nous reste à vous redire notre reconnaissance pour la confiance que vous nous témoignez en approuvant ce rapport moral. Un grand merci à tous. Bon vent à la nouvelle équipe.

Bilan financier, par le Dr Philippe Bonnichon, trésorier

Nous avons la satisfaction de présenter aux sociétaires de la SFHM un bilan favorable avec une augmentation des valeurs mobilières qui passe de 55 085,55 euros en 2007 à 61 441,60 en 2008 et le solde des deux comptes bancaires LCL et Banque postale qui passe de 12 166,71 euros à 18 726, 95. Le résultat de l'exercice est également favorable et positif de 18 032,29 euros.

Plusieurs éléments s'associent pour expliquer les comptes présentés :

1/ La fidélité des sociétaires de la SFHM qui représentent la part la plus importante des recettes.

2 / Les résultats favorables des deux manifestations organisées par la SFHM : les journées nantaises et les journées "Os et Articulations Cochin".

3 / Le bénévolat des administrateurs de la Société, à tous les niveaux, qui réduit fortement les coûts de gestion et sans lequel les résultats ne pourraient pas être positifs.

Ces données favorables ne doivent cependant pas masquer certains points d'inquiétude que le secrétaire, Jean-Jacques Ferrandis a noté dans son rapport. Il touche la diminution régulière depuis quelques années du nombre de nos abonnés. Cette année, cette baisse s'est traduite par une diminution des cotisations et abonnements dont les revenus sont passés de 39 162 euros à 36 365. Au-delà de l'impact sur le résultat financier, c'est l'intérêt porté à notre Société et son rayonnement qu'il nous semble le plus important de préserver et de valoriser par une politique de fidélisation et de promotion.

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 14 FÉVRIER 2009

BILAN	2008	2007
<u>ACTIF</u>		
Valeurs mobilières.....	61 441,60	55 085,55
Disponibilités.....	18 726,95	12 166,70
Caisse.....	65,00	
Total	80 233,55	67 252,26
<u>PASSIF</u>		
Capital social	32 252	32 252
Report à nouveau	30 000,26	7 926
Résultat de l'exercice.....	17 981,29	22 074,26
Provisions		5 000
Total	80 233,55	67 252,26

COMPTE DE RÉSULTATS	2008	2007
<u>RECETTES</u>		
Cotisations - Abonnements	36 365	39 162
Vente revues		297,50
Journées Nantaises	4 408,99	2 800
Reprise sur provisions	5 000	2 782
Publicité		750
Congrès Cochin	13 460	
Revenus mobiliers	2 695,84	200,20
Régularisation sur livret 2006		6 361,77
Divers (150+80,89)		230,89
Total	61 929,83	52 584,36
<u>DÉPENSES</u>		
Documentation	100,40	90
PTT et frais de bureau	1 729,10	1 445,02
Revue	23 297,26	22 067,20
Matériel	1 362,29	
Frais Journées Nantaises	2 836,90	2 477,50
Congrès Cochin	4 280,10	
Remise Prix	187	
Cotisation syndicale	610,10	596,73
Frais bancaires	86,23	632,81
Réintégration	6 361,77	
Déplacement	180,00	
Séances	1 661,39	3 013,84
Frais de gestion.....	1 205	
Total	43 897,54	30 510,10
Résultat Profit	18 032,29	22 074,26
Total	61 929,83	52 584,36

Le rapport moral et le rapport financier sont adoptés à l'unanimité.

François de Lapeyronie, de Montpellier (1678-1747)

**“restaurateur de la chirurgie” et esprit universel
L’âme, le musc, les œufs de coq ***

par Louis-Paul FISCHER **, Jean-Jacques FERRANDIS ***
et Jean-Éric BLATTEAU

François Lapeyronie, né à Montpellier, est bien connu d’une part des étudiants pour la maladie des corps caverneux qui porte son nom, d’autre part comme chirurgien militaire à 26 ans en 1704, dans la guerre de religion des Cévennes contre les Camisards, avec l’armée du Maréchal de Villars et dans la guerre de Louis XV de Succession d’Autriche (1740-1748) à Fontenoy, Lawfeld, etc ... de 62 à 68 ans. Pour les chirurgiens français, il est “le grand homme” puisqu’il est, avec son maître bien aimé Mareschal, cofondateur de l’Académie de chirurgie ; par une déclaration du roi Louis XV, il obtient la revalorisation et l’autonomie des chirurgiens. Louis XV le nomme premier chirurgien du roi et l’anoblit “François Gigot de Lapeyronie de Marigny”.

Biographie

Sa biographie a été, en 1994, remarquablement écrite par Jean-Éric Blatteau (thèse à Lyon inspirée et dirigée par le professeur R.P. Delahaye, du Service de Santé des Armées, l’auteur étant aidé dans sa recherche par notre secrétaire général, Jean-Jacques Ferrandis, alors conservateur du Musée du Service de Santé des Armées). Nous serions heureux de voir J.É. Blatteau présenter ici un résumé de cet important travail puisque les thèses de médecine françaises ne sont plus, pour le moment, à l’heure de l’internet, diffusées à travers toutes les Facultés comme il y a cinquante ans. Lapeyronie, pour nous, est un homme exceptionnel et admirable. Enfant, il est déjà très brillant. Il admire sans doute son père Raymond, maître-chirurgien. Il est un élève repéré pour son intelligence au collège des Jésuites de Montpellier et termine à quinze ans humanités et philosophie en obtenant la “maîtrise ès arts”. Son père, avec le médecin Chirac, ami et parent par alliance et professeur à l’École de Médecine, veulent persuader François de “s’engager

* Comité de lecture du 13 décembre 2008.

** Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine Lyon Grange-Blanche - 8, avenue Rockefeller - 69373 Lyon Cedex 08.

*** 6, rue des Impressionnistes, 91210 Draveil.

dans la voie de la médecine”. François refuse et veut être chirurgien. Il obtient d’être inscrit en 1693 au Collège Saint-Côme et Saint-Damien de Montpellier : goût profond pour la chirurgie, ce qui ne l’empêchera pas, au pinacle de sa réussite chirurgicale à Paris, de devenir sur le tard docteur en médecine ayant soutenu une thèse à Reims en 1739. C’est vraiment la vocation chirurgicale avec le goût de soulager le patient et du bon résultat visible ! Ayant étudié plusieurs chirurgiens du XVIIIème siècle et en particulier lu attentivement l’œuvre du remarquable Claude Pouteau, de Lyon, et une partie de celle de François Quesnay (1694-1774), nous avons eu le désir de lire les œuvres de Lapeyronie : tous les trois sont d’excellents écrivains avec un style agréable, une imagination éblouissante.

Résumé des principales publications de Lapeyronie

Nous ne traiterons pas ici des nombreux écrits, opuscules dans la “guerre” véritable entre doyen et médecins de la Faculté de Paris contre Lapeyronie. Mais nous pouvons observer dans la liste ci-après dressée par Blatteau, que Lapeyronie n’a pas laissé de livres considérables comme Pouteau (dans ses “œuvres posthumes” d’ailleurs ...). Il a publié à trois endroits : à Paris, à l’Académie royale de chirurgie, à l’Académie des sciences et à Montpellier, à la Société royale des sciences.

- *Mémoire pour le sieur Lapeyronie, Premier Chirurgien du Roi, Médecin Consultant et de Quartier de Sa Majesté et Chef de la Chirurgie du Royaume et les Prévôts et Collège de Maîtres en Chirurgie de Paris, contre le Doyen et Docteurs-Régents de la Faculté de Médecine de Paris et contre l’Université de Paris (de l’imprimerie de Charles Osmont, imprimeur de l’Académie Royale de Chirurgie, rue St Jacques à l’Olivier, 1746).*

1. - *Mémoires de la Société Royale des Sciences de Montpellier* : Observation sur une excroissance de la matrice. - Observation sur la dernière phalange du pouce arrachée avec tout le tendon de son muscle fléchisseur et d’une partie de ce muscle. - Observation sur les petits œufs de coq. - Observation sur une grande opération de chirurgie.

2. - *Mémoires de l’Académie Royale de Chirurgie (à Paris): Tome I* : Observations avec des réflexions sur la cure des hernies avec gangrène (mémoire passionnant à étudier avec attention). Mémoire sur quelques obstacles qui s’opposent à l’éjaculation naturelle de la semence (mémoire célèbre de 10 pages de 1743 décrivant la fameuse maladie de Lapeyronie ...). - Observation sur un étranglement de l’intestin causé intérieurement par l’adhérence de l’épiploon au-dessus de l’anneau. - Observation sur une tumeur lymphatique devenue chancreuse à la mamelle. - Observation sur une tumeur de la vésicule du fiel qui s’est ouverte extérieurement et d’où sont sorties plusieurs pierres. - Observation sur une fracture pariétale suivie d’une exfoliation de toute l’épaisseur de l’os.

- Observation sur un os coronal emporté presque tout entier à cause d’une carie. - Observation sur une dénudation du coronal avec suppuration et exfoliation. - Observation sur une plaie au muscle temporal avec fracture et lésion au cerveau, où on employa avec succès les injections. - Observation sur un abcès dans le cerveau qui était à portée d’être ouvert à l’endroit de l’ouverture du trépan. - Observation sur un gonflement du cerveau avec une suppuration excessive à la suite d’une plaie de tête avec fracture du crâne. - Observation sur une suppuration prodigieuse du cerveau guérie par des injections. - Observation sur une pierre enkystée et couverte d’une membrane dans la vessie. - Observation sur plusieurs poches trouvées dans la vessie et remplies de matières purulentes. - Observation sur une pierre enkystée et adhérente à la vessie.

- Observation sur une pièce d'os avalée et trouvée dans un abcès gangréneux au fondement. - Observation sur un bec de lièvre avec écartement des os de la voûte du palais. - Observation sur deux opérations césariennes faites avec succès sur la même femme vivante. - *Tome II* : Observation sur un sarcome attaché au bord de l'orifice de la matrice. - *Tome IV* : Observation sur une hernie verticale du côlon. *Tome V* : Sur la gangrène épidémique des gencives aux "enfants trouvés". Testament du sieur de Lapeyronie, Premier Chirurgien du roi et consultation au sujet de ce testament.

3. - *Mémoires de l'Académie Royale des Sciences (à Paris)* : - Description anatomique d'un animal connu sous le nom de musc, 1731. - Observation par laquelle on tâche de découvrir la partie du cerveau où l'âme exerce ses fonctions, 1741. - Observation de Lapeyronie rapportée par Morand, 1723.

Commentaires de quelques publications de Lapeyronie

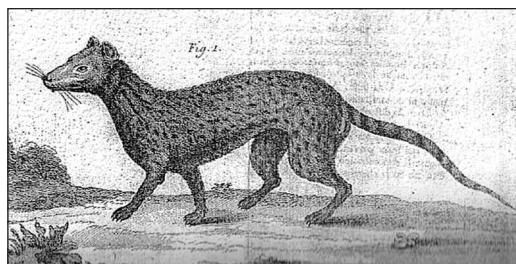
En lisant la liste des publications de Lapeyronie, nous voyons qu'en dehors de la célèbre description de "sa" maladie, *Sur quelques obstacles qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence*, il s'est intéressé beaucoup aux problèmes des hernies notamment avec gangrène de l'intestin, aux cancers de la mamelle et de la matrice, aux césariennes, et beaucoup aux plaies et lésions du crâne et du cerveau. Lapeyronie a décrit en détails dans une grande observation, la cure de l'ostéite nécrosante des os frontal et pariétal du marquis de Vitzani. Après guérison de l'infection, il utilise une prothèse en argent pour remplacer le manque d'os : (il s'agit du *Mémoire de la Société Royale de Montpellier : observation sur une grande opération de chirurgie*, 16 pages). Trois publications très diverses ont attiré notre attention, montrant la curiosité de ce grand chirurgien : deux à l'Académie Royale des Sciences à Paris : sur le siège de l'âme et sur l'animal connu sous le nom de musc ; et la troisième à la Société Royale des Sciences de Montpellier sur les petits œufs prétendus de coq.

1. *Observation par laquelle on tâche de découvrir la partie du cerveau où l'âme exerce ses fonctions* (1747) : quand on consulte les dictionnaires et publications du XVII^{ème} et du XVIII^{ème} siècle, on voit que de nombreux médecins s'intéressaient non seulement à soigner le corps mais aussi l'âme. Nous n'allons pas entrer dans les définitions de l'âme depuis la plus haute antiquité, ni même depuis l'époque romaine avec les nuances de l'*anima* et de l'*animus*. Dans ce célèbre mémoire, Lapeyronie considère que "l'âme, substance immatérielle, qui, ne donnant aucune prise à nos sens, anime cependant leurs ressorts les plus secrets, et, pour ainsi dire, couverte de voiles épais qui la rendent impénétrable ...". Lapeyronie ne donne pas de définitions précises pour l'âme : "L'âme est unie au corps ; par les lois de cette union, l'âme agit sur le corps et le corps agit sur l'âme". Il rappelle un grand nombre de personnages ayant cherché le siège de l'âme : Fernel, Van Helmont, Descartes, Bartholin, Bohnius, Lancisi, etc ... "J'avoue qu'on a déjà placé l'âme dans toutes les parties du corps et même dans la masse du sang. Il n'y a en particulier dans le cerveau, aucun recoin où on ne l'ait supposé ...". Lapeyronie place délibérément l'âme dans le corps calleux : Lancisi avait déjà proposé cette localisation, Willis pensait que le corps calleux permettait aux esprits de circuler d'un hémisphère à l'autre. Lapeyronie, en fait, essaie de prouver la localisation de l'âme dans le corps calleux à partir de ses observations des plaies et abcès du cerveau. Ce texte est agréable à lire. En lisant attentivement la note à ce mémoire de 1741, on voit que Lapeyronie déjà en 1709 a lu à la Société Royale des Sciences de Montpellier un mémoire contenant six observations... avec l'idée qu'il ne serait pas impossible de décou-

vir par la voie de l'observation le lieu du cerveau où l'âme exerce ses fonctions. On trouve l'extrait de ce mémoire dans le *Journal de Trévoux* (avril 1709, page 609) ...". Lapeyronie, en 1709, a 31 ans et en 1741 il a été malade et a moins de six ans à vivre ... Il est en 1741, derechef à 63 ans, chirurgien militaire dans la guerre de Succession d'Autriche !

2. *Description anatomique d'un animal connu sous le nom de musc par M. de la Peyronie* (*Mémoire de l'Académie Royale des Sciences*, 5 décembre 1731, p. 443-463, suivi de 4 planches avec un total de 15 figures). "L'animal dont je vais parler a été donné sous le nom de Musc : il a un organe particulier qui fournit une liqueur épaisse et grasse très odorante, qui a la consistance d'une pommade ordinaire et qui répand un parfum très fort, connu sous le nom de Musc ; parfum différent de celui de la civette.

L'anatomie de cet organe sera le principal objet de ce Mémoire, n'ayant rien trouvé d'extraordinaire dans les autres parties de l'animal. Il fut donné au Roi, il y a près de six ans, par M. le Comte de Maurepas. Toutes les recherches que j'ai faites pour savoir positivement d'où il était venu ne m'ont fourni que des soupçons qu'il pouvait venir du Sénégal : il s'en trouve à la côte d'Or, au Royaume de Juda et dans une grande étendue de cette partie de l'Afrique. Un officier de marine m'a assuré en avoir trouvé un à la cote d'Angole, par le 9° degré sud de la ligne ; il voulait l'apporter en France, mais l'animal jeune et délicat mourut au bout de six semaines.



Animal appelé Musc

in Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1732

Le musc dont il s'agit, fut envoyé par ordre du Roi à la Ménagerie, où il a été nourri avec de la viande crue, qu'il mangeait avec voracité. Il y a environ trente ans qu'on en présenta un au feu Roi, qui fut porté de même que celui-ci à la Ménagerie, il y a vécu plusieurs années ; il fut donné sous le même nom, il avait la même figure extérieure, répandait la même odeur, mais on négligea d'en faire l'ouverture. On ignore la conformation de l'organe de son parfum, on n'a pas même su s'il

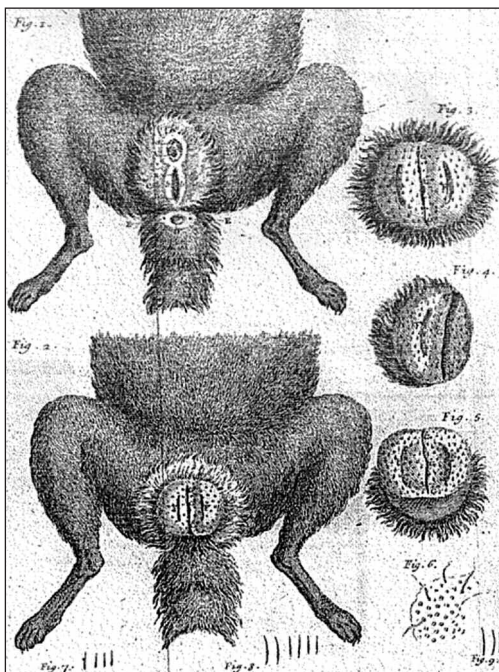
était mâle ou femelle ; c'est une perte pour l'Académie. Je souhaiterais que mes recherches sur le second pussent la réparer. Malgré toute l'attention qu'on a depuis longtemps de rassembler à la Ménagerie différents animaux étrangers, ce sont les deux seuls de cette espèce qui y aient paru et les seuls dans le nombre des animaux musqués qu'on y a vu, qui aient donné un aussi grand parfum ...". L'animal en question serait proche de "l'espèce de fouine appelée genette... et de celle des deux civettes de M. Perrault dans ses *Mémoires pour servir à l'histoire des animaux*. Rappelons qu'il s'agit du médecin Claude Perrault au siècle précédent (1613-1688) que nous avons étudié (1), à qui l'on doit la colonnade du Louvre (concours d'architecture), des écrits littéraires et qui est mort à 75 ans d'une piqûre anatomique en disséquant un chameau au cabinet du Roi Louis XIV.

"Le museau était pointu, garni de moustaches, il était couvert d'une peau grise, ses oreilles étaient plus plates que celles d'un chat ; il avait au-dessous des oreilles un double collier noir et deux bandes noires de chaque côté qui naissaient du second collier et finissaient aux épaules ; il avait les pattes noires, celles de devant n'avaient que quatre doigts,

armés chacun d'un ongle court, moins fort et moins pointu que ceux des chats, le 5ème doigt était sans ongle et ne portait pas à terre ; le dedans des deux pattes était plus maigre et aussi doux que dans les chats ; les pattes de derrière avaient cinq ongles portant tous à terre, conformes à peu près de même ; les papilles de la langue étaient tournées comme celles du chat, sans être ni si dures, ni si âpres ... En ouvrant les cuisses de notre musc qui était femelle, on découvre l'ouverture de la vulve que je n'aperçus qu'après l'avoir dilatée, tant elle m'avait d'abord paru resserrée. Immédiatement au-dessus on voit un clitoris qui ressemble à une verge par sa grosseur, la figure du gland et celle de son prépuce, j'eus même quelque soupçon que c'était un mâle, j'en fus désabusé par la suite de mes observations ... En écartant les deux lèvres de la fente qui étaient fort souples et qui prêtaient aisément, on découvrait une cavité dans laquelle se

trouva une pâte visqueuse d'une couleur ambrée, qui en enduisait toute la surface ; c'est la liqueur, l'huile, ou plutôt la pommade odorante, le parfum ou le vrais musc, qui, comme nous l'avons dit, avait la consistance d'une pommade ordinaire. Nous l'appellerons dans la suite de ce *Mémoire*, pommade odorante au parfum. À l'ouverture de la cavité, l'odeur de ce parfum se trouva si forte que je ne pus l'observer sans être incommodé ; cette cavité est tapissée d'une membrane tendineuse qui a du ressort, qui est fort plissée et par conséquent capable de beaucoup d'extension. Dans la situation naturelle et ordinaire, on peut se la représenter comme un portefeuille fermé et dont les deux côtés seraient un peu plissés ...". M. de Lapeyronie poursuit en profondeur sa dissection de la glande et des grains glanduleux de l'animal Musc (2), puis celle "du poumon, foye, ratte, muscles pectoraux, etc ..." et voici la conclusion surprenante après cette recherche de la sécrétion de musc sur tout le corps de l'animal : "... Je connais un homme de condition qui ne voudrait pas être nommé, dont le dessous de l'aisselle gauche fournit, surtout durant les chaleurs de l'été, une odeur de Musc surprenante, qui serait même très incommode dans la société, s'il ne prenait des précautions pour l'affaiblir. L'aisselle droite est presque sans odeur. Il s'est trouvé dans chacune des grandes vésicules dont les glandes étaient composées, le poids d'environ trois grains de pommade et dans les médiocres ou les petites, environ la moitié ou le tiers de moins que dans les grandes ; ce qui fait en tout environ une demi-once de vraie pommade, sans mélange d'aucune autre substance ; c'est à peu près la quantité de vrai Musc que l'organe de notre animal pouvait contenir ...".

3. *Observation sur les petits œufs de poule sans jaune, que l'on appelle vulgairement "œufs de coq"* (in *Histoire de la Société Royale de Montpellier*, 8 juillet 1706, imprimé,



Dissection du Musc

in *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1732

1710, p. 393- 400, une page d'illustrations) : "... Beaucoup de personnes, d'ailleurs raisonnables, croient avec le Peuple que les coqs pondent des œufs ; que ces œufs étant couvés dans du fumier ou ailleurs, on en voit éclore des serpents ailés qu'on appelle basilics. Ils poussent plus loin la Fable, et assurent que les regards de ces basilics font mourir les hommes. Cette erreur n'a d'autre fondement qu'une ancienne tradition, dont la fausseté sera démontrée par les faits suivants. Un fermier m'apporta plusieurs œufs un peu plus gros que ceux de pigeon, disant qu'ils avaient été pondus par un jeune coq, qui était le seul de la basse-cour dans laquelle il y avait aussi quelques poules. Il doutait si peu de ce fait qu'il m'assura positivement que si je faisais éclore quelqu'un de ces œufs, il naîtrait de chacun d'eux un serpent et pour me persuader ce qu'il avançait, il me dit que je n'avais qu'à ouvrir un de ces œufs, que je le trouverais sans jaune et qu'au défaut de jaune j'y verrais en petit, mais fort distinctement, la figure d'un serpent. Je fis l'ouverture de l'un de ces œufs en présence de M. Bon, premier Président de la Cour des Comptes, Aides et Finances, et de plusieurs autres personnes. Nous fûmes tous également surpris de voir cet œuf sans jaune et de voir au défaut du jaune un corps qui ressemblait assez bien à un petit serpent entortillé. Je le développai sans peine après en avoir raffermi la substance dans de l'esprit de vin. J'en ouvris ensuite quelques autres que je trouvai en gros semblables au premier ; toute la différence qui s'y trouvait, c'est que le prétendu serpent n'était pas dans tous également bien représenté. J'ai eu l'honneur de faire voir plusieurs de ces œufs à la Compagnie ; j'en ai trouvé quelques-uns dans lesquels on voyait une tache jaune, ronde, d'une ligne de diamètre, sans épaisseur, située sur la membrane qu'on trouve sous la coque ; cette tâche répondait à l'extrémité obtuse de l'œuf.

La différence de ces œufs aux œufs ordinaires qui ont tous un jaune, me donna la curiosité d'approfondir cette matière, étant très persuadé que si ces œufs avaient été pondus par un coq, il fallait que celui-ci eût un organe particulier, et qu'outre les testicules et les deux verges il eût un ovaire et une trompe, ce qui l'aurait rendu hermaphrodite ; plusieurs animaux le sont de leur nature et nous lisons les observations de tant de monstres qu'on dit l'avoir été, qu'on aurait bien pu penser qu'il pût se trouver un coq qui le fût aussi. Cette réflexion excitant ma curiosité, j'ouvris le jeune coq que l'on prétendait avoir pondu nos petits œufs et par la dissection que j'en fis en présence de M. Bon, de M. le Comte Marsigli et de M. Chirac, j'y trouvai deux gros testicules qui donnaient origine à des vaisseaux de semence bien conditionnés, qui se terminaient chacun de leur côté par une petite verge dans le cloaque. Le coq nous parut très vigoureux, mais incapable de ponte par le défaut d'organes. Je ne laissai pas de faire couvrir quelques-uns de ces œufs que j'avais ramassés, je les ouvris après un mois de couvée et je n'y trouvai aucun changement, si ce n'est que le blanc était plus divisé et plus fluide qu'à l'ordinaire.

Le fermier n'ayant plus de coq fut bien surpris de continuer à trouver des œufs semblables à ceux qu'il m'avait apportés ; il fut attentif à découvrir d'où ils venaient ; guéri de son erreur, il voulut en connaître la source et s'assura qu'ils étaient pondus par une poule qu'il m'apporta. J'aperçus pendant tout le temps que je la gardai qu'elle chantait à peu près comme un coq enroué, mais qu'elle chantait avec beaucoup de violence ...". Le coq ayant été éliminé du poulailler de ce paysan scientifique, la poule suspecte qui "chantait à peu près comme un Coq enroué..." fut à son tour autopsiée pour "trouver la cause dans ses entrailles" et "... Je fis voir à la Compagnie une vessie de la grosseur du poing, pleine d'eau fort claire, ... attachée par la racine supérieure gauche de son col au ligament, qui attachait à l'ovaire le pavillon de l'Oviductus, et par la racine inférieure au centre du

mésentère de l'Oviductus, ce qui étranglait considérablement les deux parties de l'Oviductus que cette attache embrassait. Cette hydropisie particulière étranglait si fort les deux endroits de l'Oviductus, que leur cavité enflée avec violence n'avait qu'environ cinq lignes de diamètre ; ainsi un œuf ordinaire ; tels qu'ils font en tombant dans la trompe, ne pouvait pas y passer sans la crever ou sans crever lui-même ... L'œuf dont les membranes étaient encore très minces, qui n'avait que très peu de blanc et point de coque, se crevait ; le jaune s'échappait tantôt dans l'abdomen, tantôt dans le cloaque, selon le côté vers lequel la crevasse répondait : l'un et l'autre était arrivé à la Poule, comme on l'a déjà observé.

Le volume de l'œuf étant diminué par la perte d'une grande partie du jaune, descendait malgré l'étranglement et continuait son chemin ... S'il y a des Poules qui pondent quelquefois des œufs sans coque, cela vient ou de quelque maladie, qui irritant la trompe, leur fait chasser l'œuf avant le temps. Ou bien par une grande fécondité qui ne leur donne pas le loisir de les mûrir tous : il y a des Poules qui font le même jour un œuf bien conditionné et un autre sans coque ...".

Dernière année de la vie et testament de Lapeyronie

François Lapeyronie ou Gigot De La Peyronie est devenu tardivement médecin, mais toute sa vie cet extraordinaire chirurgien s'est intéressé à plusieurs disciplines. En février 1747, il est de nouveau "atteint d'une fièvre des plus cruelles, accompagnée de douleurs très aiguës" (3). Persuadé du diagnostic de calcul vésical, il s'était sondé lui-même et fait sonder plusieurs fois (son autopsie trouvera effectivement une pierre vésicale de trois onces soit 90 grammes). Il meurt le 24 avril 1747, à l'âge de 69 ans, en léguant à la communauté des Maîtres en chirurgie de Paris, ma terre de Marigny... située dans l'élection de Château-Thierry ... ma bibliothèque ... etc) (testament huit jours avant sa mort). Le legs restant va (car il est célibataire) à sa sœur Madame Issert, légataire universelle et à la communauté des Maîtres en Chirurgie de Montpellier : deux maisons qui m'appartiennent dans la Grand'Rue de cette ville, avec cent mille livres pour y faire construire un amphithéâtre sur le modèle de celui de Paris. J'institue en outre la communauté, légataire pour le tiers des biens que je laisserai à mon décès...).

NOTES

- (1) FISCHER L.-P. - *Le Bistouri et la Plume : les médecins écrivains* (l'Harmattan, 2002), p. 196-197.
- (2) À côté du corps du clitoris, du ligament du clitoris, de son corps caverneux, La Peyronie décrit le muscle érecteur du clitoris et le muscle accélérateur du clitoris.
- (3) DE RATTE M. - *Éloge de Monsieur de Lapeyronie* in *Éloges des Académiciens de Montpellier*, recueillis, abrégés et publiés par le Baron Desgenettes (Paris, de Bossange et Masson, 1811).

BIBLIOGRAPHIE

- BLATTEAU Jean-Éric - La vie et l'œuvre de François Gigot de Lapeyronie (1678-1747). *Thèse Méd. Lyon*, 1994, n° 167.
- BOSCH H. - *La guerre des Cévennes*. Montpellier, 1985-1990, vol.
- BOUCHER M., BOUCHET A. - *Histoire du corps calleux*. Laboratoires U.C.B., 1975.
- BOUCHER M., FISCHER L.-P. - *Des sièges de l'âme aux localisations cérébrales des fonctions psychiques*. Collection Fondation Marcel Mérieux, Lyon 1998-1999, n° 20, p. 169-186.
- DEBENEDETTI R. - *La médecine militaire*. Que sais-je ? PUF n° 926, 1961.
- DEBRÉ B., ATTIGNAC P., HUREL J.P. - "La maladie de Lapeyronie". *Encycl. médico-chirurgicale*, Rein, Organes génito-urinaires, 18355 A, 10-1984.

- DE RATTE - Éloge de Monsieur de Lapeyronie. *Éloges des Académiciens de Montpellier recueillis, abrégés et publiés par Monsieur le Baron Desgenettes*. Paris, de Bossange et Masson, 1811.
- DES CILLEULS J. M. - "Le service de Santé à la bataille de Fontenoy, 11 mai 1745". *Revue du Service de Santé Militaire*, déc. 1937.
- DESGENETTES - "Lapeyronie". *Dictionnaire des sciences médicales. Bibliographies médicales*, t. V, 1822.
- DULIEU L. - *La chirurgie à Montpellier, de ses origines au début du XIXème siècle*. Les Presses Universelles. Et Pierre Chirac, sa vie, son œuvre, ses idées. *Montpellier médical*, 3e série, t. 51, n° 6, 1957. *La Médecine à Montpellier du XIIème au XXème siècle*. Éd. Hervas, Paris.
- FORGUE E., GENTY M. - François de Lapeyronie. *Les biographies médicales*. Paris, Baillière, 1936, 1ère série, p. 305-320.
- GENTY M. - La fistule de Léopold, Duc de Lorraine. *Le Progrès médical*, 1932, n° 3, supp. ill. p. 17-23.
- HUARD P., BEDEL C. - *Médecine et Pharmacie au XVIIIème siècle. Enseignement et diffusion des sciences au XVIIIème siècle*. Paris, Hermann, 1986.
- HUARD P., GRMEK M. - *La chirurgie moderne, ses débuts en Occident*. Paris, Dacosta, 1968.
- HUARD P., IMBAULT HUART M.J. - Lapeyronie (François Gigot de) (Montpellier 1678, Paris 1747). *Gazette Médicale de France*, t. 81, n° 17 du 26/04/1974, p. 91-96.
- LENORMANT C. - *L'histoire de l'Académie Royale de Chirurgie*. Deuxième centenaire de l'Académie Royale de Chirurgie. Séance solennelle de l'Académie de Médecine et de la Société Nationale de Chirurgie, tenue le 7 octobre 1931. Paris, Masson, 1931.
- MARESCHAL de BIÈVRE G. - *Georges Mareschal, seigneur de Bièvre, chirurgien et confident de Louis XIV (1658-1736)*. Paris, Plon, 1906.
- MASSON J.-L. - Les localisations anatomiques de l'âme (*thèse de Médecine, Lyon 1976*).
- NEIDHARDT J.P.H. - "Les Mémoires de l'Académie de chirurgie (1731-1792), *Conférences d'Histoire de la Médecine*, Lyon I, Collection Fondation Marcel Mérieux, cycle 1999-2000, n° 21, p. 105-120.
- POULET J., SOURNIA J.-Ch., MARTINY - *Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art Dentaire et de l'Art Vétérinaire*. Tome III, p. 131-222.
- SAINT-SIMON, DE ROUVROIS Louis (Duc de). *Mémoires*. Paris, Coirault, 1982.
- VOLTAIRE - *Précis du siècle de Louis XV*. Paris, La Pléiade, 1955 ; 1ère ed. Lausanne, 1769.
- YACUBI S. - Contribution à l'Histoire de l'Académie Royale de Chirurgie. *Thèse Médicale, Rennes*, 1967, n° 624, 2 tomes.

RÉSUMÉ

Reçu maître en chirurgie à Montpellier, François de Lapeyronie est à Paris en 1695, puis de retour dans cette ville où il est rapidement chargé d'enseigner la chirurgie à l'École de médecine et se fixe de nouveau à Paris en 1717. Avec l'appui de Chirac et de Mareschal, il est connu dans la haute noblesse et bientôt dans l'entourage du roi. Il est anobli en 1721. Il obtient le grade de docteur en médecine de la Faculté de Reims. Il participe aux mouvements de la guerre de succession d'Autriche et assiste Louis XV en 1744 à Metz. Chargé d'honneurs, il a restauré la chirurgie et obtenu en 1743 la séparation définitive de ses praticiens de celle des barbiers. Il a donné à la Société royale de chirurgie de Paris un éclat reconnu dans l'Europe entière. Nous avons voulu souligner son intelligence et sa grande ouverture d'esprit en analysant trois publications sur le siège supposé de l'âme dans le corps calleux, sur la dissection anatomique d'une variété de fouine appelée Musc, et sur la recherche "policière" et scientifique sur les œufs prétendus de coq (c'est-à-dire sans jaune à l'intérieur).

SUMMARY

François de Lapeyronie was a master in surgery in 1695 in Paris then in 1717 and rewarded with the rank of Medical Doctor of the University of Reims. The authors try to underline his intelligence and his broadmindedness through three publications about the centre of the soul in the corpus callosum, the anatomical dissection of a kind of stone marten and the scientific research of the so called 'egg of cock'.

C. Gaudiot

La section de la symphyse pubienne et l'opération césarienne

Analyse d'une controverse (1765-1830) *

par Teunis Willem VAN HEININGEN **

Introduction

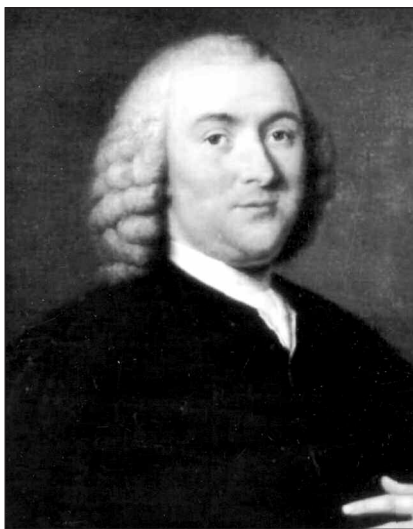
Depuis des siècles, l'accouchement difficile a préoccupé les médecins et les chirurgiens dans leurs efforts soutenus pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. Au cours du XVIIIème siècle, l'obstétrique évolua d'une profession empirique en une science expérimentale. Ce développement produisit beaucoup de nouveaux instruments et de nouvelles techniques (1). De plus en plus, la pelvimétrie se développa. Vers 1750, André Levret fit des mensurations détaillées du bassin féminin (2).

La section de la symphyse pubienne

Dans sa lettre du 21 juin 1771 à David van Gesscher (Amsterdam), Pierre Camper affirma que, depuis son retour de Paris en 1749, il avait sauvé beaucoup d'enfants, en appliquant le forceps de Smellie et le levier de Roonhuysen, lesquels autrement auraient été sacrifiés du fait du crochet, du cranioclaste, ou de l'opération césarienne (3). Camper rappela aussi que, depuis plus de douze ans, il avait démontré la dilatation considérable du bassin après la section des os pubis, mais n'avait jamais pratiqué cette opération sur une femme enceinte.

Jean-René Sigault

Le 1er décembre 1768, Jean-René Sigault, élève des Écoles de chirurgie, offrit un mémoire à l'Académie royale de chirurgie,



*Pierre Camper (1720-1789)
Professeur d'anatomie, de chirurgie et
d'obstétrique à Franeker, en Frise
(1750-1751), à Amsterdam (1751-1761)
et à Groningue (1763-1773).
(© : UBA, Musée de l'Université d'Amsterdam)*

* Comité de lecture du 13 décembre 2008.

** Diepenbrocklaan 11, 7582 CX, Losser (Pays-Bas) ; Email : heinluit@hetnet.nl.



David van Gesscher (1738-1810)
Médecin et chirurgien à Amsterdam
(© : UBA, Amsterdam)



Antoine Louis
(1723-1792)
(© : BIUM, Paris)

dans lequel il proposa de faire la section de la symphyse pubienne sur une femme qui était sur le point d'accoucher et qui était particulièrement disposée à subir cette intervention. Sigault désira prouver que l'on pouvait souvent remplacer la césarienne et l'application du crochet par la section de la symphyse pubienne. Cette année-là, Antoine Louis (1723-1792),

secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie, se montra un adversaire de l'intervention proposée par Sigault. Puis il correspondit avec Camper sur ces propositions, qui bouleversèrent les esprits à Paris. L'Académie avait déjà conclu qu'après cette opération les os pubis ne se soudent plus et qu'elle n'aboutit pas à une dilatation vérifiable du bassin des femmes en couches (4).

Alphonse-Louis-Vincent LeRoy

Le nom du médecin LeRoy (1746-1816), du temps de Camper, professeur d'obstétrique à Paris, est cité d'un trait avec la première section de la symphyse pubienne, faite sur la femme Souchot. Depuis 1773 déjà, LeRoy avait examiné le corps de femmes mortes en couches, à cause de la fièvre puerpérale, sévissant à l'époque. Il découvrit que, dans le bassin féminin, la section de la symphyse pubienne pouvait produire une dilatation de 3,5 à 4 lignes (ou un cm environ), et que, pour le bassin des femmes sur le point d'accoucher, un élargissement de 5 à 7,5 lignes (ou 2 cm) s'avérerait réalisable (5). À son avis, ce phénomène était dû au fait que la tension des ligaments sacro-iliaques postérieurs surpassait celle des ligaments antérieurs. LeRoy préféra la section de la symphyse, afin de rendre la césarienne plus rare (6). Très probablement, Sigault ne s'était jamais résolu à pratiquer la section de la symphyse pubienne, s'il n'avait eu la possibilité de consulter LeRoy auparavant (7). Au cours de l'an 1776 seulement, LeRoy apprit que, comme lui-même, Sigault cherchait une alternative pour l'opération césarienne dans les grossesses difficiles. En septembre 1777 déjà, Sigault l'informa que, très probablement, une occasion se présenterait sous peu.

La correspondance entre Sigault et Camper

Initialement, l'université d'Amsterdam avait dans sa possession deux lettres de Sigault adressées à Camper. Malheureusement, une lettre s'avéra récemment introuvable (8). Aujourd'hui, il ne reste que la lettre, sans date, mais probablement écrite vers la fin de l'an 1783 (9). Son contenu sera discuté ci-après. Dans le *Journal de médecine, de chirurgie, de pharmacie*, etc., de janvier 1778 (10), le critique analysa le livre de la main

de Guillaume-Louis Piet, dans lequel l'auteur discute la section de la symphyse pubienne, récemment faite par Sigault (11). D'après le critique, Piet était indûment d'avis que cette opération serait inutile, si la femme Souchot survivait. Le susdit fascicule donne aussi l'énoncé de la lettre adressée à Sigault par Pierre Camper, dans laquelle l'envoyeur discute la section de la symphyse pubienne, exécutée avec succès par Sigault. Voici le texte de cette lettre :

"Monsieur et très cher confrère,

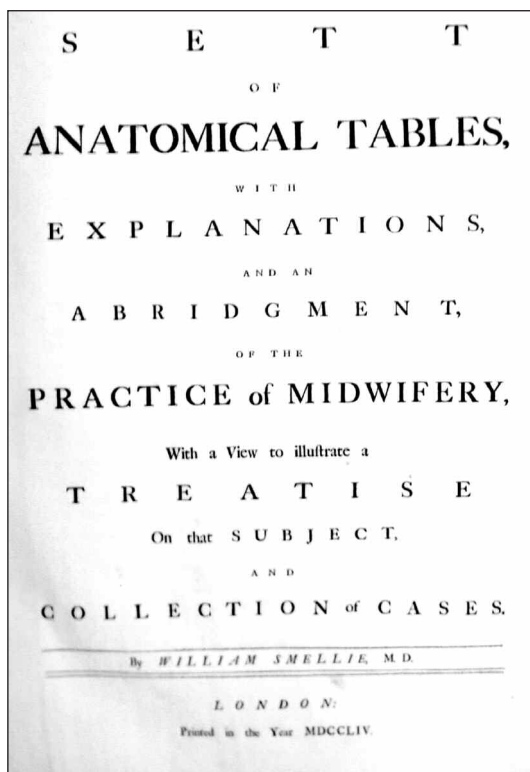
Votre lettre m'a donné une joie infinie, mes larmes couloient de mes yeux, tant j'étois charmé de votre heureuse opération ; vous vous souvenez avec combien d'applaudissement j'ai considéré votre première proposition. Vous savez combien elle m'a encouragé pour la mettre en pratique ; vous savez combien les envieux m'ont maltraité, pour avoir demandé au Prince d'Orange de pratiquer cette opération sur une femme condamnée à mort. L'envie ne règne seulement à Paris, elle tracasse partout les gens qui sont animés pour le bien public. Je vous félicite, mon cher confrère & félicite encore plus le genre humain. Que le bon Dieu bénisse vos mains, & qu'il fasse survivre cette pauvre femme, afin que cet exemple encourage d'autres pour pratiquer une opération aisée & peu dangereuse, ou l'art me trompe ; mais il faut qu'on la pratique dès que l'impossibilité de délivrer la mère se sera manifestée. Communiquez-moi, je vous prie, au

plus vite, la guérison de cette bonne femme. Mon fils cadet est mon élève unique, il va étudier à Edinbourg, l'année prochaine. Il y restera deux ans, & puis il ira à Paris, pour profiter de vos lumières. J'espère qu'il se rendra digne de votre amitié.

Petrus Camper,

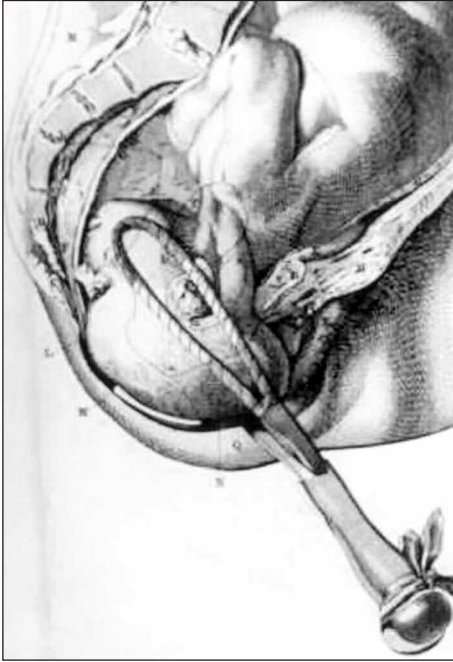
professeur honoraire en médecine,
membre de plusieurs académies, &
depuis aux États de Frise. A Franeker,
en Frise".

La supposition que c'est vers la fin de l'an 1783 que Sigault écrivit sa lettre sans date à Camper, se fonde sur plusieurs faits (12). Premièrement, l'auteur remercia Camper pour sa belle description de la section de la symphyse pubienne, à laquelle celui-ci avait assisté. Cette description ne peut être que l'attestation faite par Camper en témoin oculaire de l'opération chirurgicale, pratiquée le 20 octobre 1783, à La Haye par Jan Christiaan Damen (1750-1804) (13). Deuxièmement, Sigault fit mention d'une lettre, reçue peu de temps avant, de la part de Jan Petersen Michell (1760-1795), adepte hollandais de Baudelocque, dans laquelle celui-ci fit mention de son mémoire sur la



Frontispice du livre de William Smellie
"A Sett of Anatomical Tables, with Explanations and
an Abridgment of the Practice of midwifery", édition
publiée en 1754

(© : Bibliothèque de l'Université d'Utrecht)



*Dessin fait par Pierre Camper pour les éditions du livre de William Smellie
Planche XVIII, Application du levier (demi-forceps) dans l'accouchement d'un bassin resserré (publiée dans l'édition de l'an 1765).*

(Dessin : Pierre Camper, Gravure : F. de Bakker
© : Bibliothèque de l'Université d'Utrecht)

section de la symphyse, publiée en 1781 (14). Michell rejeta cette opération et il en fit preuve dans une lettre à Sigault. Dans sa lettre, adressée à Camper, Sigault regretta beaucoup que celui-ci ne lui eût pas procuré tous les résultats des mensurations et que, par conséquent, il fût obligé de se contenter des simples détails qui se trouvent dans le livre du Dr Michell. Finalement, il se plaignit du comportement de la majorité des membres de l'Académie royale de chirurgie, en se servant des mots suivants : "M'étant livré par goût aux accouchements & aux maladies des femmes, je suis devenu la bête des chirurgiens ; mon grand crime est d'être médecin de la Faculté. Ils m'ont insulté en public & chez les malades ; l'on n'est pas toujours le maître de faire le bien ! Les calomnieurs s'y opposent & ne savent rien respecter. Il n'y a pas d'intelligence et d'honnêteté parmi les gens de l'art ; c'est un brigandage affreux qui les déshonore !".

Occupations antérieures de Camper par rapport à la section de la symphyse pubienne

Andreas Bonn, professeur d'obstétrique à Amsterdam, attesta qu'en 1758 déjà, Camper analysa les effets de la section de la symphyse pubienne faite sur des truies, sur des porcelets vivants, ainsi que sur les corps

des femmes mortes en couches. Sans nul doute, la lettre, envoyée à Camper par Louis, en mars 1769, poussa le premier à continuer ses recherches en obstétrique (15).

Relation entre Sigault et LeRoy

À la fin de septembre 1777, à l'occasion d'une réunion de la Société royale de médecine, Sigault supplia LeRoy de l'aider à l'occasion de la section de la symphyse pubienne chez la femme Souhot. En 1775, à l'occasion de la quatrième délivrance de cette femme, Sigault avait invité plusieurs confrères renommés, parmi lesquels se trouvaient Félix Vicq d'Azyr et André Levret, quelques élèves et deux sages-femmes. Au moment où la tête de l'enfant s'avéra coincée, Sigault proposa de faire la section de la symphyse pubienne, mais Levret voulut que la césarienne fût pratiquée. Cette intervention échoua, quoique l'on pût sauver la mère. C'est pourquoi Sigault pria LeRoy d'être présent, le 1er octobre 1777. Pourtant, il y a deux versions de l'issue de ce premier rendez-vous. Dans son livre, LeRoy révéla que c'était lui qui informa Sigault de ses succès et que celui-ci l'informa d'une occasion très proche de faire la section pubienne. Puis, LeRoy engagea Sigault et l'encouragea à poursuivre ses recherches (16). La nuit du 1er octobre 1777, Sigault n'eut besoin que de cinq minutes pour achever cette opération avec succès,

éclairé seulement par la lumière d'une lampe à huile. Le frontispice du livre, écrit par LeRoy, publié en 1778, porte la maxime suivante, qui signifie une déclaration explicite de soutien à Sigault : "Flétrir & déshonorer le travail des autres sans le redresser, c'est moins un effet de la science qu'un aveu manifeste de son ignorance & de son mauvais naturel" (Hippocrate, *De Arte*).

Dans son livre, LeRoy souligna aussi que, tandis que les chirurgiens français se disputaient vivement sur la proposition faite par Sigault, Pierre Camper, fameux chirurgien hollandais, préférait les recherches pratiques, par lesquelles il prouvait que, après la section de la symphyse, les os pubis se soudaient sans aucune exception. Comme, à son avis, Camper n'avait pas réussi à infirmer l'autre inconvénient, signalé par les adversaires de Sigault contre la section de la symphyse, c'est-à-dire l'élargissement prétendu du bassin, LeRoy examina lui-même la symphyse pubienne des femmes décédées en couches (17). Dans son livre, il donna également le texte du décret, proclamé le 6 décembre 1777, par la Faculté de médecine de Paris, dans lequel furent soulignées l'importance de la découverte faite par Sigault et l'adhésion y accordée par LeRoy. De l'avis de la Faculté, elle devait beaucoup à Sigault. Jamais elle ne pouvait dédommager convenablement ce sauveur de l'humanité. C'est pour cette raison qu'elle décida de faire frapper une médaille commémorative en argent (18).

Camper, anatomiste et dessinateur habile

Depuis son premier séjour à Londres (1748-1749), Camper entretenait des rapports amicaux avec William Smellie (1697-1763). Camper contribua considérablement à l'édition hollandaise de son livre, intitulé *A Sett of anatomical tables, with explanations and an abridgement, of the practice of midwifery, ... etc.* (19). Les dessins faits par Camper, furent gravés par l'artiste De Bakker (Amsterdam).

Les expériences faites par Camper

Immédiatement après avoir reçu la lettre d'Antoine Louis, Camper passa à l'action. Jusqu'à ce moment-là, il n'avait jamais fait de telle section sur une femme vivante. Il résolut de démontrer expérimentalement que les inconvénients objectés par l'Académie royale de chirurgie contre cette intervention étaient sans fondement, par un nouvel examen des os pubis, après leur détachement. À l'occasion de la dernière de ces opérations, il put aisément mettre deux doigts entre les os pubis, après quoi la tête de l'enfant, mort dans la matrice, passa sans peine l'issue du bassin. À l'exemple de Sigault, Camper sollicita auprès des plus hauts pouvoirs judiciaires de la province de Groningue de lui accorder de faire la section de la symphyse pubienne sur une femme condamnée à mort. Camper proposa de la gracier, si elle survivait, afin de savoir si les os pubis s'étaient soudés, oui ou non. Le 5 août 1770, Son Altesse Royale, le Prince Guillaume V, rejeta cette demande.

En 1783, William Osborne (Londres) publia son *Essay on laborious parturition, in which the division of the symphysis pubis is particularly discussed*. Dans son livre, Osborne exprima l'opinion suivante : "The celebrated professor Camper, being tinctured with the same enthusiasm, which unaccountably affected all the first partisans of this new operation, has overrated beyond all moderation, the advantages to be gained by it and expressed himself with an extravagance unusual to men of science, but most especial to physicians" (20). En mai 1784, Osborne envoya une lettre sur ce sujet à Camper. Dans sa réponse, Camper exprima son désir de le voir et de souligner que chacune des dix mères qui, entre juin 1778 et août 1785, avaient subi une section de la symphyse

pubienne, était encore en vie et que trois des enfants avaient été délivrés vivants. En particulier, il éprouva ce besoin, parce qu'Osborne rejeta carrément cette intervention. Celui-ci avait même la grossièreté inacceptable d'avancer que chez les femmes ayant un bassin trop étroit, l'infanticide était permis. Le vendredi 5 octobre 1785, Camper partit pour l'Angleterre (21).

Deuxième voie par laquelle la découverte faite par Sigault arriva en Hollande

En 1778, Arnoldus Van de Laar, médecin à La Haye, qui, en 1770, fit ses études à Paris chez Levret, prit connaissance de l'ouvrage écrit par Sigault. Dans la première édition de son livre sur l'obstétrique, Van de Laar affirma que c'était Camper qui avait inventé la section de la symphyse pubienne. Dans la seconde, il honora Sigault de ce fait (22). Van de Laar distingua quatre catégories d'accouchements difficiles. Il détermina pour lesquels de ces accouchements la section de la symphyse pubienne pouvait apporter une solution et dans quelles circonstances il fallait agir autrement.



*Andreas Bonn (1738-1817)
Successeur de Pierre Camper à
Amsterdam*

(© : UBA, Musée de l'Université d'Amsterdam)

Andreas Bonn

Après avoir passé son doctorat en médecine à Leyde (en 1764), Andreas Bonn étudia à Paris. C'est lui qui découvrit la vraie structure de la symphyse pubienne et dans son excellent mémoire histologique sur ce sujet, il expliqua les transformations auxquelles cette jonction est soumise pendant la vie de la femme (23). Pendant les années 1757 et 1758, il suivit les leçons données à Amsterdam par Camper. Bonn prouva que les deux cartilages de cette symphyse sont unis par une substance ligamenteuse et que, pendant la jeunesse, il est question d'un syndesmoïse. Dès que les filles deviennent nubiles, cette jonction se gonfle et son centre devient plus visqueux, tandis que, chez les femmes plus âgées, qui ont accouché, cette jonction est munie d'une cavité ou d'une fissure. C'était entre autres par cette découverte que l'intérêt à ce sujet croissait.

Partisans de l'opération césarienne

Beaucoup de médecins français, doutant de la façon la plus convenable de délivrer une femme dans les accouchements les plus difficiles, étaient conseillés par la Faculté de théologie de l'Université de Paris. Celle-ci avait ordonné que, quoique la vie de la mère fût plus importante que celle de l'enfant à naître, l'amour du prochain prescrivait également de protéger la vie de ce dernier par la césarienne. C'est pourquoi Jean-Louis Baudelocque préférait cette intervention, tandis que les chirurgiens moins habiles l'évitaient (24).

Jean-Louis Baudelocque et Pierre Süe

Baudelocque, maître en chirurgie depuis 1776, fut nommé professeur adjoint d'Alphonse LeRoy, à ce moment-là professeur d'obstétrique à Paris. Après, il fut nommé chirurgien en chef de la Maternité. Puis il fit carrière comme Premier accoucheur de l'Impératrice Marie-Louise. En 1778 déjà, Baudelocque affirma que, à cause de la

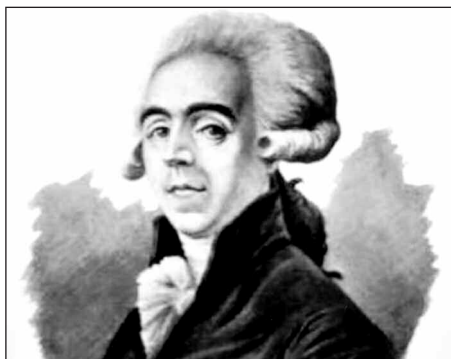
raideur des jonctions sacro-iliaques, la section de la symphyse pubienne n'aboutit que rarement à une délivrance sans complications. Malheureusement, on ne put le constater qu'après coup. D'après lui, cette intervention inutile ne pouvait jamais remplacer la césarienne (25). Il ne comprit pas pourquoi, depuis Pineau (1639), qui avait déjà considéré le profit de la section de la symphyse pubienne, deux siècles s'écoulèrent, avant qu'un chirurgien compétent n'eût osé pratiquer cette opération. Par conséquent, on avait eu conscience de son inutilité et de son risque (26). En 1796, Baudelocque reconnut que presque toujours les conséquences de la césarienne sont si horribles que jusqu'alors il n'y avait que peu d'accoucheurs qui osaient l'exécuter. Il assura que Mauriceau et Levret conseillaient même de laisser mourir la femme en couches, avant d'exécuter cette opération et qu'ils considéraient son succès général comme un vrai produit de l'imagination (27).



*Henri van Deventer
(1651-1733)*

Johannes Ripping

Johannes Ripping, chirurgien hollandais, obtint en 1776 le doctorat en médecine à Leyde, après avoir travaillé à l'Hôtel-Dieu à Paris, sous la direction de Baudelocque et de Desault. Il y fit des mensurations du bassin féminin et pratiqua des sections de la symphyse pubienne sur des chiens vivants. À l'avis de Baudelocque, les résultats de ses essais étaient si essentiels qu'il les publia dans son propre ouvrage de base. Il affirma : "On remarque dans les expériences de M. Ripping, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le temps où il suivoit mes leçons sur l'art des accouchemens, que l'écartement d'un pouce entre les os pubis n'a donné qu'une ligne de plus au petit diamètre du détroit supérieur" (28). Les adversaires de Camper et de Sigault affirmèrent que, par la section de la symphyse, suivie d'un écartement de deux pouces et demi ou même de deux pouces, les



*Jean-Louis Baudelocque (1739-1816)
(© : BIUM, Paris)*

ligaments sacro-iliaques antérieurs sont lacérés et que cette lésion ne se rétablit plus. Ce n'est qu'à contrecœur que Ripping était obligé de reconnaître l'erreur de cette assertion. Comme des sections, pratiquées sur les corps des femmes mortes en couches, il ressortait que les os pubis détachés pouvaient être dilatés de deux pouces (c'est-à-dire de 5,5 cm environ), et, par conséquent que la *conjugata vera* n'augmentait que de deux lignes (ou 5,5 mm), Baudelocque et Ripping conclurent que, dans le cas où le bassin se révélerait resserré, la section de la symphyse pubienne ne pourrait jamais remplacer la césarienne (29). Baudelocque, qui n'avait

jamais pratiqué la section lui-même, put s’imaginer que cette opération fût préférable si le bassin, quoique trop petit, avait une forme normale et que l’enfant fût encore en vie. Pourtant, dans ce cas-là, on ne peut écarter les os pubis que très prudemment d’un pouce. En outre, il faut ménager les tissus mous. Baudelocque persista dans sa conviction que, à la suite de cette opération et de l’écartement des os pubis, le sacrum s’articulait en avant. Grâce à cette argumentation, il réussit à faire opter beaucoup d’accoucheurs pour la césarienne. Dans la cinquième édition de son ouvrage sur les accouchements, paru en 1815, Baudelocque avança que Sigault ne proposait la section de la symphyse pubienne que dans les cas qui, autrement, auraient abouti à un désastre et que, ultérieurement, Sigault avait réduit sa confiance illimitée dans cette opération (30). Somme toute, à l’avis de Baudelocque, l’avantage obtenu de la section de la symphyse pubienne s’avérerait trop négligeable, quoique ses défenseurs soutinrent que cet avantage pourrait s’élever à 11 à 15 lignes (c’est-à-dire à 3 à 4 cm). D’après Baudelocque, Sigault était trop étourdi, tandis qu’il ne pouvait pas prévoir la bonne issue (31). Il fallait donc faire des reproches à tous les accoucheurs qui surestimaient fortement les possibilités de la section de la symphyse pubienne.

En 1815, Elias von Siebold avança une opinion plus nuancée sur ce sujet, en affirmant qu’il fallait faire usage du forceps de Levret, afin de réaliser un écartement de six lignes tout au plus et que, si l’on désirait réaliser un écartement de 6 à 18, ou même de 20 lignes, il faudrait opter pour la section de la symphyse pubienne. Finalement, si on voulait réaliser un écartement de plus de 20 lignes (ou 5,4 cm), il faudrait recourir à la césarienne. Baudelocque et von Siebold n’étaient pas amis. Von Siebold le caractérisa comme “ein Geist der stets verneint, den neuen Operationen gegenüber” (32).

Vers l’an 1815, Gerard Vrolik (1775-1859), professeur d’anatomie et d’obstétrique à Amsterdam, prouva, par une expérience biométrique, que, après la section de la symphyse pubienne, le sacrum se bouge en avant, comme l’avait déjà affirmé Baudelocque, et pas en arrière, comme l’avaient suggéré Van Deventer et Roederer (33). Pourtant, Vrolik préférerait la section de la symphyse pubienne, s’il fallait choisir entre celle-ci et la césarienne.

La Société pour la protection de la physique, de la médecine et de la chirurgie (Amsterdam)

En 1790, la “Société pour la protection de la physique, de la médecine et de la chirurgie” (Amsterdam) mit au concours la question de savoir les circonstances dans lesquelles il fallait préférer la section de la symphyse pubienne à d’autres interventions chirurgicales. En 1809, le docteur Gottlieb Salomon, accoucheur de la ville de Leyde et maître de conférences dans cette ville, envoya son *Mémoire sur l’applicabilité de la section de la symphyse pubienne et la détermination des cas où il faut la préférer à la césarienne*. En 1813, ce mémoire fut publié (34). Après avoir loué Sigault comme inventeur de la section, Salomon souligna que, par cette opération, non seulement l’entrée du bassin était élargie, mais encore que cet écartement des os du pubis enlevait également l’obstacle formé par la surface intérieure de la symphyse. En outre, il démontra que Baudelocque surtout fondait sa critique sur les résultats obtenus des recherches faites aux bassins des nullipares décédées. Dans son mémoire, Salomon discuta successivement les cas où il fallait préférer la section de la symphyse pubienne à la césarienne, l’influence de la forme et des mesures du bassin sur le choix entre les deux opérations et finalement l’effet de la

position du fœtus dans la matrice sur les actions à accomplir après que la section de la symphyse fut faite, afin d'achever l'accouchement.

Évaluation des arguments avancés par les deux partis

Quoique manifestement la proposition faite par Sigault fût dictée par de nobles raisons, elle fut rejetée par l'Académie royale de chirurgie, dominée par les membres Baudelocque, Levret et Lauverjat. En revanche, la Faculté de médecine embrassa avec empressement la nouvelle possibilité de sauver la mère et l'enfant et elle publia sans hésitation le mémoire de Sigault (35). L'idée innovatrice proposée par Sigault donna non seulement sujet à des exposés théoriques et à des considérations, mais aussi à de nouvelles expériences. En Hollande, les Facultés de médecine, dirigées par celle de Leyde, rejetèrent la section de la symphyse pubienne, tandis que les accoucheurs et les chirurgiens renommés préférèrent pratiquer cette opération, qui pouvait sauver des vies (36).

Le bilan établi

En Hollande, le bilan des sections de la symphyse pubienne dépassa celui des opérations pratiquées ailleurs. D'un nombre total de 20 interventions, faites en Hollande entre début juin 1778 et fin mai 1831, les dossiers ont été conservés (37). D'après ces documents, 10 nouveau-nés, qui furent délivrés par cette voie, survécurent, c'est-à-dire 50%. Un de ces enfants survécut 15 minutes, un autre survécut trois jours. Les dix autres enfants s'avèrent mort-nés. Du total de 20 mères, 17 survécurent, donc 85%. Les autres femmes moururent, dont une après trois jours (38). Cette issue dépasse manifestement les résultats de l'utilisation du forceps et elle dépasse de loin les résultats auxquels on pouvait s'attendre de la césarienne. Car, à l'avis de Baudelocque, un taux de mortalité de 90% était toujours acceptable. Se fondant sur son analyse des procès-verbaux des 34 cas où, vers le milieu de l'an 1787, la section de la symphyse des os pubis avait été faite, tant en France que dans les pays étrangers, Baudelocque affirma que 23 femmes avaient guéri, tandis que onze étaient mortes, que onze enfants seulement étaient nés vivants et que 23 étaient morts. Il ajouta que plusieurs de ces derniers s'avèrent morts avant que leurs mères n'eussent été opérées. Par conséquent, Baudelocque accepta un taux de mortalité de 32% parmi les mères et de 68% parmi les enfants. Ce résultat, au premier coup d'œil pire que les résultats obtenus en Hollande, dépassa néanmoins ceux de la pratique de la césarienne. Quoi qu'il en soit, Baudelocque n'en tira

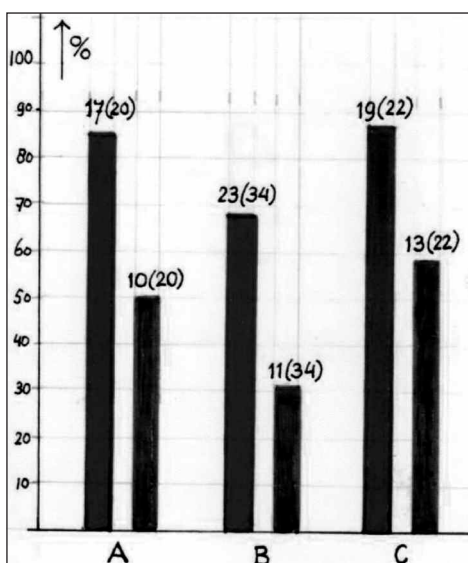


Tableau I : Sections de la symphyse pubienne :
 A-Hollande, 20 opérations faites entre début juin 1778 et fin mai 1831 ;
 B-Europe (à l'avis de Baudelocque), 34 opérations faites entre 1777 et 1787 ;
 C-Baudelocque, les données corrigées ;
 A1, B1, C1-Mères qui ont survécus ;
 A2, B2, C2-Enfants qui ont survécus.

jamais les conséquences. S'il avait analysé plus exactement les données, rassemblées par lui et s'il avait exclu les 12 cas où la *conjugata vera* mesurait moins de 6,5 cm (ou 2,5 pouces), son bilan, au nombre de 22 femmes : 3 mortes (14%) et des enfants : 9 morts (41%), aurait équivalu à celui dressé par Salomon.

D'après Lauverjat, la femme Souchot, opérée avec succès par Sigault, reconnu qu'elle éprouvait toujours des inconvénients considérables, provoqués par la section de la symphyse pubienne, entre autres parce que, vraiment, les os pubis ne s'étaient pas encore resoudés. Par conséquent, elle s'était sans aucune réserve livrée à cette opération grave. Très probablement, c'était Lauverjat qui était responsable du tumulte dont Antoine Louis se plaignit envers Camper dans sa lettre du 9 mars 1769 (39). Lauverjat ne vit qu'un seul avantage à la section de la symphyse pubienne, à savoir que l'on pouvait la pratiquer en quelques minutes (40). Pourtant, Levret et Baudelocque ne s'étaient pas toujours opposés à la section de la symphyse pubienne, quoique, dans les cas les plus difficiles, ils optassent pour la césarienne (41).

En 1991, Françoise Huguot fit publier son livre, *Les Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris ; Dictionnaire Biographique (1794-1939)* (42). Elle caractérisa Baudelocque comme "une des plus grandes figures de l'obstétrique, l'homme qui a donné à la science des accouchements un essor jusque-là inconnu, farouche adversaire de la symphysectomie, à qui on doit l'introduction de la pelvimétrie, par son compas". Il faut souligner ici que la Hollande doit cette même science à Pierre Camper, qui fit ses recherches sur ce sujet depuis l'an 1758.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à l'Académie nationale de médecine (Paris), aux archives de l'Institut de France (Paris), à la Bibliothèque de l'Université d'Amsterdam, à la Bibliothèque de l'Université d'Utrecht et à M. Bas H.L. Kienhuis (Denekamp, Pays-Bas), pour sa correction du texte.

NOTES

- (1) De FEYFER F.M.G. - Zur Geschichte des Schambeinschnittes, in Holland (bis 1940). *Janus*, Vol. 19, 1914, p. 312-327, 341-379.
- (2) LEVRET A. - *L'Art des Accouchemens démontré par les Principes de Physique et de Mécanique ; pour servir d'introduction et de base à des leçons particulières*, Paris, Le Prieur, 1753.
- (3) De FEYFER F.M.G. - *Opuscula selecta neerlandicorum De Arte Medica, varii auctores de Symphysiotomia*, Amsterdam, N.T.G., 1934, Deel XII, Lettre de Pierre Camper (Groningue) à David van Gesscher (Amsterdam), le 21 juin 1771, p. 14, 16 ; voir aussi : MAURICEAU Fr. - *Tractaat van de siektens der vrouwen En der gene, die eerst gebaart hebben...etc.*, *Met figuren daartoe nodig*. Amsterdam, Jan Morterle, 2ème édition, 1759, Voorreden, p. 6.
- (4) Bibliothèque de l'Université d'Amsterdam. UBA Cm 28 : Antoine Louis (Paris) à Pierre Camper (Groningue), le 9 mars 1769.
- (5) De FEYFER - 1934, p. XI ; 1 pouce (XVIIIème siècle) = 10 lignes = 2,707 cm.
- (6) LEROY A.V.L. - *Recherches historiques et pratiques sur la section de la symphyse du pubis, pratiquée pour suppléer à l'Opération Césarienne, le 2 Octobre 1777, sur la femme Souchot, par M. Alphonse LeRoy : Docteur-Régent de la Faculté de Médecine de Paris, Professeur des maladies des Femmes & des Accouchemens*, Paris, LeClerc, 1778, p. 69-76, 97, 98.
- (7) De FEYFER, 1934, p. XI.
- (8) UBA II F 86 : Automne 1777.
- (9) UBA x 127, s.d. : Jean-René Sigault (Paris) à Monsieur Camper, Médecin célèbre, professeur d'anatomie & d'accouchemens, membre des États de Frise & de Hollande.
- (10) Paris, Veuve Thiboust, Tome XLIX, 1778, p. 273-274, 284-285.

LA SECTION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE ET L'OPÉRATION CÉSARIENNE

- (11) *Réflexions sur la section de la symphyse du pubis, présentées et dédiées à M. Lenoir, Conseiller d'État, Lieutenant-Général de Police*, Paris, Didot le jeune, 1777, p. 1-31.
- (12) Voir note 9.
- (13) LINDEBOOM G.A. - *Inleiding tot de Geschiedenis der Geneeskunde*, Rotterdam, Erasmus Publishing, 1993, p. 192.
- (14) *Dissertatio Academica inquirens Synchondrotomiae pubis utilitatem in Partu Difficili*, Thèse de doctorat, Lugduno-Batavorum, Van der Eyk en Vijgh, 1781.
- (15) Voir la note 3 (De Feyfer, 1934) ; entre début 1758 et avril 1770, Camper fit quatre sections de la symphyse pubienne sur les corps des femme mortes en couches. Le 10 juin 1778, la première opération sur une femme en couches fut pratiquée par le docteur Groshans (Geertruidenberg, Pays-Bas).
- (16) LEROY, 1778, Préface, p. XII ; Mémoire de M. Sigault, Docteur-Régent de la Faculté de Médecine de Paris, lu aux Assemblées du 3 & 6 Décembre 1777, suivi par le Rapport de MM. Grandclas & Descemet, au sujet de la Section de la Symphyse des os pubis, faite par M. Sigault, la nuit du 1er Octobre 1777. Paris, Faculté de Médecine, Décembre 1777.
- (17) LEROY, 1778, p. 11-12.
- (18) LEROY, 1778, p. 125-128.
- (19) VAN DER HAAGE M. - *Verzameling van ontleedkundige afbeeldingen, met derzelver uitleggingen, benevens een kort begrip der vroedkunde, door William Smellie, in 't Hollands gebragt, en met platten vermeerderd*, Amsterdam, Jan Morterre, 1765.
- (20) London, T. Cadell, 1783, p. 116-117.
- (21) NUYENS B.W.Th. - *Opuscula neerlandicorum De Arte medica*, Amsterdam, N.T.G., 1939, Deel XV, Voorwoord, p. XVIII ; voir aussi : UBA x 107 : W. Osborne (Londres) à Pierre Camper (Klein Lankum, près de Franeker, en Frise), mai 1784.
- (22) *Schets der geheele verloskunde ; geschikt om derzelver grondbeginzelen volkomen te leeren*, 's-Gravenhage, Van Drecht, 1777, Voorbericht, p. IV-VI.
- (23) BONN A.- *Verhandeling over het maaksel van de beweeglijke loswording der beenvereeningingen van het bekken, in vrouwen, omtrent de tijd der bevallinge, uit waarnemingen opgemaakt. Verhandelingen van het Bataafsch Genootschap der Proefondervindelijke Wijsbegeerte*, Rotterdam, Reinier Arrenberg, 1777, Deel III, p. 251-287, Planches ; voir aussi : DE FEYFER - 1934, p. 33-64, Planches.
- (24) RYAN J.G. - *The Chapel and the operating room : The struggle of Roman Catholic clergy, physicians and Believers with the Dilemmas of obstetric surgery, 1800-1900*". *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 76, 3, 2002, p. 464-465.
- (25) BAUDELLOCQUE J.-L. - *L'Art des Accouchemens*, Paris, Méquignon l'aîné, 1781, 2ème édition, Tome II, p. 275-276.
- (26) BAUDELLOCQUE J.-L. - *L'Art des Accouchemens*, Paris, Desprez & Méquignon l'aîné, nouvelle édition, 1789, Tome I, p. 463.
- (27) BAUDELLOCQUE - 1796, 3ème édition, Tome II, p. 346-416.
- (28) BAUDELLOCQUE - 1807, 4ème édition, Tome II, p. 306.
- (29) BAUDELLOCQUE - 1789, Tome I, p. 494. LEROY - 1778, p. 75, 76.
- (30) BAUDELLOCQUE - 1796, Tome II, p. 351, note 1.
- (31) BAUDELLOCQUE - 1815, 5ème édition, Tome II, p. 292-318. BAUDELLOCQUE, 1807, Tome II, p. 300 ; voir aussi note 7, p. 75, 76.
- (32) DE FEYFER, 1934, p. XX-XXII. Voir aussi note 1, p. 313.
- (33) VROLIK, G. - *Proeven op het achteruit wijken des heiligbeens, zoo in ongeschonden bekkens als na het doen der schaambeenscheiding. Nieuwe Verhandelingen van het Genootschap ter bevordering der heilkunde te Amsterdam*, Amsterdam, R.J. Berntrop, 1808, Deel I ; voir aussi : BAUDELLOCQUE - 1796, Tome II, p. 358-362 ; voir aussi : DE FEYFER - 1934, p. XX-XXI.
- (34) *Nieuwe Prijsverhandelingen, bekroond door het Genootschap ter bevordering der Heilkunde te Amsterdam*, Amsterdam, R.J. Berntrop, 1813, 52-109 ; voir aussi : DE FEYFER, 1934, p. 254-354.

- (35) SIGAULT J.-R. - *Discours sur les avantages de la section de la symphyse, qui doit être lu dans la séance publique de la Faculté de Médecine de Paris, le jeudi 5 novembre 1778*, Paris, Quillau, 1778.
- (36) Voir note 7, p. XIII-XV.
- (37) Archives de la ville d'Amsterdam : Archives de la Société pour la Protection de la Physique, de la Médecine et de la Chirurgie ; voir aussi : *Nieuwe Prijsverhandelingen, bekroond door het Genootschap ter bevordering der Heelkunde te Amsterdam, Deel 2, 2e stuk*.
- (38) Note 7, p. XXVIII-XXX ; voir aussi : *Recueil Périodique de la Société de Médecine de Paris*, Premier semestre de l'An VII.
- (39) Note 4.
- (40) LAUVERJAT Th. E. - *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, et parallèle de cette opération & de la section de la symphyse des os pubis*, Paris, Méquignon l'aîné, 1788, p. VI-X, 181, 206-240, 260-261.
- (41) Note 7, p. XXIV-XXV.
- (42) Éditions du CNRS, Paris, 1991, p. 26 et suivantes.

RÉSUMÉ

Au XVIII^{ème} siècle, beaucoup de médecins hollandais séjournèrent à Paris, afin d'y acquérir des aptitudes pratiques en chirurgie et en obstétrique. Pierre Camper, qui y fit plusieurs séjours, entretenait une correspondance assidue avec Antoine Louis, son ami. En 1769, celui-ci l'informa de la proposition faite à l'Académie Royale de Chirurgie, par Jean-René Sigault, sur la section de la symphyse pubienne. À l'époque, Camper examina la symphyse pubienne des femmes mortes en couches. Il prouva que la section de la symphyse pouvait aboutir à un écartement considérable du bassin. Sigault, qui rencontra une forte résistance de la part de Baudelocque et de ses partisans, respecta beaucoup Camper et entra en contact avec lui. Pendant bien des années, Sigault se battit vainement pour l'estime de ses collègues. Camper (en Hollande) et LeRoy (à Paris) prêtèrent leur appui inconditionnel à Sigault. Antoine Louis fut fortement bouleversé par ces événements. De nouvelles recherches, faites peu après 1800, révélèrent de nouveaux faits ; grâce auxquels les inconvénients, exprimés par les adversaires de la section de la symphyse pubienne, furent supprimés en grande partie.

SUMMARY

In the eighteenth century many Dutch physicians travelled to Paris, in order to improve their skills in the fields of surgery and obstetrics. Early in 1769, Petrus Camper, who had a lively correspondence with Antoine Louis, was informed by him about the activities of Jean-René Sigault, regarding the symphysiotomy and about the stir his proposition had caused within the Académie Royale de Chirurgie. Camper, who had occupied himself with this aspect of obstetrics since early 1758, proved that both objections made by the opponents, were wrong.

Pourquoi un programme de construction d'hôpitaux militaires permanents en Algérie avant la fin de la conquête (1841-1860) ? *

par Pierre-Jean LINON **

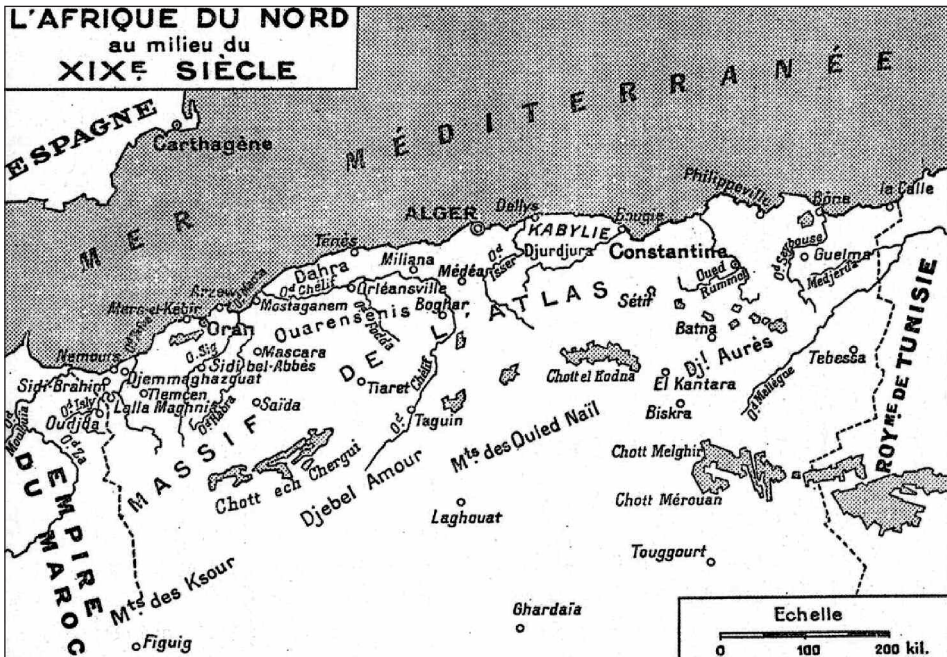
L'année 1840 est la plus noire depuis le début de la conquête : près de 10 000 morts, la plupart par suite de maladies endémo-épidémiques. La répercussion atteint le pouvoir, touche l'opinion. Pour remédier à l'état sanitaire déplorable de l'armée d'Afrique, le projet de construire des hôpitaux militaires permanents prend forme dès l'arrivée du lieutenant-général Bugeaud, nouveau gouverneur général de l'Algérie. Prise en 1843, cette décision est d'autant plus surprenante que les opérations militaires sont permanentes et que l'issue de la conquête est inconnue. Il faudra attendre la soumission d'Abd-el-Kader, le 23 décembre 1847, pour que la conquête soit achevée. L'examen des travaux préparatoires conduisant à la décision de construire 22 hôpitaux permanents est présenté à partir des archives du Service historique de la défense - département terre, et du musée du Service de santé des armées. Ce programme sera non seulement réalisé mais dépassé. En 1873, l'Algérie comptera 42 hôpitaux militaires (35 en France).

La situation en Algérie à la fin de l'année 1841

Ayant considéré que les Français ne respectaient pas le traité de la Tafna, Abd-el-Kader a proclamé la guerre sainte en novembre 1839. Dès lors, la conquête est entrée dans sa phase décisive. Le lieutenant-général Bugeaud a été nommé gouverneur général de l'Algérie par le gouvernement constitué le 29 octobre 1840, présidé par le maréchal Soult, ministre de la guerre. Il a débarqué à Alger le 22 février 1841. Les officiers de santé en chef du corps d'occupation sont Antonini, médecin principal, Guyon, chirurgien principal, et Nicole-Dupaire, pharmacien principal. Les effectifs passent de 36 800 hommes lors du débarquement à 17 190 dès 1831, portés à 29 897 en 1836 puis à 50 367 en 1839. L'augmentation se poursuit : 61 264 en 1840 et 72 000 en 1841 (1). Vingt-deux hôpitaux militaires provisoires sont ouverts dans les divisions d'Alger, d'Oran et de

* Comité de lecture du 13 décembre 2008.

** 36, rue des Fontaines, 92310 Sèvres.



*L'Afrique du Nord au milieu du XIXème siècle
(DR)*

Constantine, offrant une capacité de 12 500 lits. Huit sont installés en 1840-1841, la plupart à partir des ambulances les plus importantes. Le total du mouvement le plus élevé de chaque hôpital est de 12 438 pour 1841. Les entrées aux hôpitaux, depuis 1830, atteignent 512 944. En 1840, 86 404 et 88 383 en 1841, soit 174 787 entrées ce qui représente 34 % du total depuis l'origine y compris l'année 1830 (2). On enregistre 41 205 décès dans les hôpitaux et 2 532 dans les combats, soit 43 737 morts de 1830 à 1841 dont 94,2 % morts dans les hôpitaux de maladies endémo-épidémiques. Les années 1840 et 1841 sont particulièrement cruelles. Pour 1840 : 9 794 décès dont 9 567 dans les hôpitaux. Pour 1841 : 8 151 décès dont 7 802 dans les hôpitaux. Les 17 945 décès de ces deux années représentent 41 % des militaires morts en Algérie depuis 1830. En fait, le nombre de morts est supérieur, car la statistique ne concerne que les décès survenus en Algérie sans prendre en compte ceux de l'hôpital de Mahon (île de Minorque) et ceux survenus parmi les évacués sur la France. À la date du 1er janvier 1842, on compte en Algérie 36 médecins, 168 chirurgiens et 42 pharmaciens, soit 246 officiers. Les officiers d'administration du Service des hôpitaux sont au nombre de 95 (soit 37 % des effectifs du corps) (3). Au cours de l'année 1842, le nombre de chirurgiens augmentera de 40 %.

Ce sont les pertes de l'année 1840 qui motiveront les interventions à la Chambre des députés le 14 avril 1841 lors des discussions sur les crédits de l'Algérie. Ces pertes sont effectivement les plus importantes depuis le début de la conquête. Les députés et l'opinion vont enfin prendre conscience de l'état sanitaire déplorable des troupes et de la mortalité considérable dans l'armée d'Afrique.

Tableau I - Entrées et décès dans les hôpitaux (1830-1851)

Années	Effectif	Entrées aux hôpitaux de de l'Algérie	Morts dans les hôpitaux	Morts dans les combats
1831	17,190	13,524	1,005	55
1832	21,511	32,085	1,998	48
1833	26,681	27,934	2,512	64
1834	29,858	31,410	1,991	24
1835	29,485	34,094	2,335	310
1836	29,897	33,836	2,139	606
1837	40,147	51,136	4,502	121
1838	48,167	39,097	2,413	150
1839	50,367	53,194	3,600	163
1840	61,264	86,404	9,567	227
1841	72,000	88,383	7,802	349
1842	70,853	90,524	5,588	225
1843	75,034	77,306	4,809	84
1844	82,037	84,872	4,664	167
1845	95,000	89,849	4,664	601
1846	99,700	121,138	6,862	116
1847	87,704	108,290	4,437	77
1848	75,017	106,112	4,406	13
1849	70,771	105,469	9,745	
1850	71,496	79,543	4,098	
1851	65,598	76,118	3,193	
Source : Boudin (1)				
1830	36,800	21,847	1,341	415
Source : Bur. Cent. Hop.(2)				

La question des hôpitaux à la Chambre des députés.

Malgré quelques débats à la Chambre, la politique algérienne de la Monarchie de Juillet apparaît plutôt en demi-teinte, en particulier pour des raisons intérieures, au moins jusqu’à novembre 1840. Le ton change le 14 avril 1841. Ce jour-là, la Chambre des députés entendait le discours de M. Laurence, directeur des affaires d’Algérie, commissaire du Roi, lors de la discussion des crédits supplémentaires pour l’Algérie (4). Reconnaisant “l’énormité des pertes subies sous le ciel d’Afrique”, l’orateur affirme que “l’administration n’a pas été moins empressée que la Chambre à rechercher les causes d’une si affligeante mortalité, et que le ministre de la Guerre ayant appris le nombre de

morts d'octobre 1840 (1 500) fut à la fois surpris et affligé profondément de l'énormité d'une telle perte et voulut en connaître les causes". Le rapport fait au ministre mentionnait l'insalubrité des postes militaires, l'emploi des troupes aux travaux de fortifications et des routes, l'imperfection du casernement et du couchage et celle des hôpitaux, l'alimentation insuffisante et l'oubli des règles d'hygiène. Comment ne pas s'étonner de la faiblesse de cette explication ? En effet, elle ne se réfère pas aux études et rapports médicaux établis par les médecins des hôpitaux et des expéditions dont beaucoup avaient été publiés dans les *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires* depuis 1831 sous l'autorité du Conseil de santé des armées. Comment ne pas être consterné en constatant que les rapports des inspections médicales annuelles des hôpitaux des médecins inspecteurs, pourtant désignés par le ministre, ne soient pas évoqués ? L'intendance militaire, à laquelle était subordonné le Service de santé, porte une lourde responsabilité pour ne pas avoir pris en compte comme il eut fallu les recommandations inscrites dans ces études et ces rapports. Dans son discours du 14 avril 1841, M. Laurence présentait ensuite les propositions faites par Bugeaud sur le plan hospitalier : la construction et l'organisation des hôpitaux, l'augmentation du matériel des hôpitaux et l'accroissement du personnel médical. Ces propositions figurent dans le *Rapport médical sur l'Algérie* d'Antonini, médecin en chef du corps d'occupation de l'Algérie, du 25 février 1839 (5). Dans sa recherche des causes de l'affligeante mortalité, l'honorable commissaire du roi aurait pu lire ce rapport ! À sa façon, Antonini y pose le problème : "Depuis la conquête, l'histoire des possessions d'Afrique est presque exclusivement médicale." On relève notamment quelques arguments en faveur de la construction des hôpitaux militaires permanents : "Si les hôpitaux (provisoires) demeurent dans leur état actuel, la mortalité s'y maintiendra à un chiffre élevé. Que la Chambre songe qu'il faut trois années pour qu'un hôpital s'achève et soit habitable."

L'idée de la construction d'hôpitaux permanents en Algérie était lancée. Il faudra cependant attendre deux ans pour que la décision soit prise, après divers travaux prépa-

Tableau II – Création des hôpitaux provisoires 1831-1842

Années	Division d'Alger	Division d'Oran	Division de Constantine
1831	Hôp. Salpêtrière		
1832	Hôp. du Dey*		
"	Hôp. Mustapha		
1833		Hôp. gde Mosquée Oran*	Bône
1834		Mostaganem*	Bougie*
1837			Constantine*
1838	Douera*		Guelma*
"	Bouffarick		
1839	Blida		Sétif
1840	Medeah		Philippeville
"	Miliana*		Djidjelli*
"	Cherchell*		
1841	Coleah*	Mascara	La Calle
1842		Tlemcen	

* Hôp. considéré comme "permanent" pour l'implantation (1840)

Doc : P-J. Linon

ratoires effectués par une commission spéciale. La construction d'hôpitaux militaires ou leur extension était dans l'air du temps. Ainsi, le budget voté par la loi du 25 juin 1841 pour les travaux du génie consacre 8 % aux hôpitaux de métropole pour un programme de neuf hôpitaux, dont la construction des hôpitaux militaires de Bordeaux et Marseille qui débutera en 1843 (6).

L'attention portée aux hôpitaux par Bugeaud

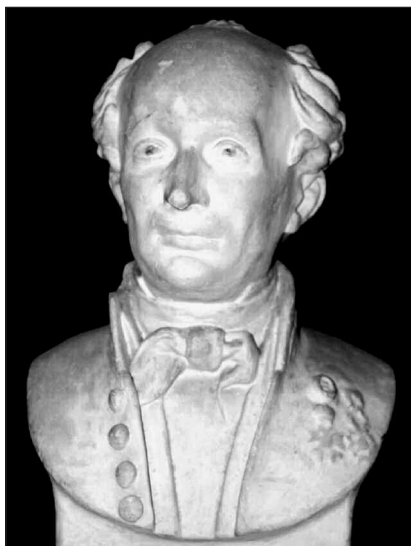
Alors qu'il commandait la division d'Oran, le général Bugeaud avait signé avec Abdel-Kader le traité de la Tafna le 30 mai 1837. "Il s'était jadis montré peu favorable à l'entreprise africaine et avait même qualifié l'Algérie de fâcheuse conquête" (7). Quand il débarque à Alger le 22 février 1841 du bâtiment à vapeur le Phaëton, le nouveau gouverneur général admet la conquête totale de l'Algérie dès lors qu'il a été désigné pour la conduire. "La première sortie de M. le Gouverneur général a eu lieu le lendemain de son débarquement et a eu pour but de visiter les hôpitaux. Cet empressement à s'occuper du sort des malades a produit un bon effet sur l'armée et fait beaucoup espérer de la sollicitude du général en chef pour les troupes", écrit le chef d'escadron d'état-major Calliez au ministre de la Guerre (8). Le 28 février, Bugeaud rend compte au ministre des mesures prises pour ramener sur Alger le trop plein des hôpitaux de Blidah et indique qu'il a trouvé les hôpitaux bien tenus. Plusieurs fois par semaine, Bugeaud adressera au ministre de longues lettres qui sont de véritables rapports d'activité. Il entretiendra aussi une correspondance régulière avec les commandants des divisions.

Pour illustrer ces relations et l'attention portée aux hôpitaux, voici les extraits de plusieurs lettres pour le mois de septembre 1842 (9) : "Vous me rendez compte du fâcheux état sanitaire en Algérie. Je ne sais à quoi attribuer l'augmentation prodigieuse de malades que vous me signalez. Je ne puis douter que tous les moyens curatifs et même les précautions hygiéniques ne soient employés, soit dans les hôpitaux, soit dans les dépôts de convalescents" (le ministre au lieutenant général Bugeaud, 12.09.1842). "Notre situation générale serait excellente si depuis un mois les maladies n'étaient venues nous assaillir d'une manière vraiment affligeante. Malgré de fréquentes évacuations sur la France, nos hôpitaux sont déjà encombrés. Hier dans ceux d'Alger il n'y avait que 250 places vacantes, et comme demain elles ne le seront probablement pas, nous faisons évacuer les malades de Mustapha pour y installer de nouvelles salles. Nous avons sur la seule province d'Alger plus de 5 000 malades dans les hôpitaux et à peu près autant de convalescents dans les camps et les dépôts. Nous avons dans toute l'Algérie environ 21 000 malades ou convalescents. C'est beaucoup plus du tiers des forces disponibles" (Bugeaud au ministre, 15.09.1842). "Notre état sanitaire s'empire chaque jour. Aucun des bataillons avec lesquels je vais sortir n'atteindra le chiffre de 300 hommes. Les hôpitaux d'Alger sont insuffisants ; j'ai donné deux baraques du camp de Mustapha pour y suppléer, il y a quelques jours ; on m'en demande deux autres aujourd'hui, et pourtant nous avons fait d'abondantes évacuations sur la France. La population elle-même est fortement atteinte." (Bugeaud au ministre, 20.09.1842).

À la légitime préoccupation de Bugeaud pour la santé de ses troupes et la préservation des effectifs s'oppose sa politique de contrainte des tribus non soumises, basée sur la famine par d'importantes razzias ainsi qu'il l'écrit au général de Lamoricière commandant la province d'Oran le 24 janvier 1843 : "J'espère que vous finirez par détruire ces populations sinon par la force du moins par la famine et autres misères." (10). On ne saurait juger ces directives avec nos critères d'aujourd'hui, mais comment ne pas s'interroger sur les moyens de la conquête ?

La Commission pour les hôpitaux permanents de l'Algérie

Le 27 septembre 1842, le lieutenant général Bugeaud, Gouverneur général, constitue la commission chargée de donner son avis sur les diverses questions relatives aux hôpitaux permanents de l'Algérie. Présidée par le maréchal de camp Debar, commandant de la province d'Alger, la Commission est composée de M.M. Appert, intendant militaire de la division d'Alger, le colonel Pelissier, sous-chef d'état-major général, le colonel Charon, commandant le génie de l'armée et directeur des fortifications, Antonini et Guyon, respectivement médecin en chef et chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.



*Jean-André Antonini (1790-1845)
Médecin en Chef de l'Armée d'Afrique
(© Musée du SSA)*

La Commission se réunira les 22, 26 octobre et 8 novembre 1842. Au début de la première séance, le président donne lecture de la lettre du Gouverneur général qui institue la Commission et précise les questions posées : 1. Quel est le nombre de places de malades que doivent offrir les hôpitaux permanents de chacun des points occupés en Algérie ? 2. Combien d'hôpitaux distincts faut-il dans chaque localité afin d'assurer un bon service et une utile surveillance ? 3. Quelle largeur convient-il de donner aux salles de malades ? 4. Quelle est la meilleure disposition à donner aux lits dans les salles ?

Dans les procès-verbaux des séances (11) figurent les principales observations des membres de la Commission et les avis relatifs aux localités devant être proposées pour être dotées d'un hôpital en fonction des effectifs des troupes, des voies de communication pour les évacuations, de l'importance des places etc.. Afin de faire les propositions les plus pertinentes, la Commission fit établir un tableau rassemblant toutes les données (34 rubriques !) par le

chef du Bureau de centralisation du Service des hôpitaux militaires (12). Le tableau indique notamment le nombre de lits de chaque hôpital au 2 avril 1842, le mouvement le plus élevé de chaque hôpital en 1841 et 1842, les hôpitaux retenus pour la construction des hôpitaux permanents avec la contenance proposée, le nombre d'infirmiers nécessaires etc. Ainsi pour Alger en 1842, le mouvement le plus élevé est de 2 030 à l'hôpital du Dey, de 570 à la Salpêtrière et de 1 292 à l'hôpital de Mustapha. Les officiers de santé en chef précisèrent en particulier que "la meilleure organisation à donner aux hôpitaux en général, consistait à n'avoir dans les bâtiments que deux étages de malades, soit un rez-de-chaussée exhaussé d'un mètre au-dessus du sol et un étage, soit un rez-de-chaussée et deux étages qui seuls seraient affectés aux malades." À l'appui de leur déclaration, ils citèrent un article du docteur Villermé (13). Bien que le mouvement le plus élevé de tous les hôpitaux ait été de 12 438 en 1841 et de 13 380 pour 1842 (à la date du 28 octobre 1842), et que la capacité hospitalière totale fut de 13 500 lits au 2 avril 1842, la Commission proposa un maximum de 10 690 lits pour 24 hôpitaux permanents (14). (Voir tableau III).

La Commission proposera aussi le nombre d'infirmiers nécessaires dans chaque établissement en fonction du nombre de lits. Pour 24 hôpitaux et 10 690 lits, elle retiendrait 1 777 infirmiers selon un rapport de 6 fixé par l'intendant Appert. Le Comité des fortifications ne retiendra que 1 416 infirmiers pour 22 hôpitaux, selon le même rapport d'un infirmier pour 6 lits. Le logement des infirmiers sera enfin prévu dans les constructions futures. Il avait été négligé dans le passé ainsi qu'il ressort d'un *État des hôpitaux militaires de l'Algérie dans lesquels il n'existe pas de casernement pour les infirmiers* du 10 octobre 1842 concernant 12 hôpitaux dont l'hôpital du Dey à Alger, regroupant 733 infirmiers (15). Le 8 novembre 1842, à l'issue de la dernière séance, le président de la Commission, tous ses membres étant présents, transmettait le procès-verbal au Gouverneur général.

Les délibérations du Comité des fortifications

Le ministre de la guerre ayant renvoyé les procès-verbaux de la Commission spéciale à l'examen du Comité des fortifications (le "Comité du génie"), celui-ci se réunit en séance le 22 mars 1843 sous la présidence du lieutenant général vicomte Dode de la Brunerie, pair de France (16). Les décisions étant du ressort du seul ministre de la guerre, les avis du Comité, organisme consultatif, sont des propositions de décisions. Tout projet de construction devait avoir reçu l'aval du Comité pour être soumis au ministre. Ses membres étaient choisis parmi les lieutenants généraux et maréchaux de camp. Les délibérations de la séance du 22 mars 1843 figurent au registre du Comité de 1843, le rapporteur étant le général de Bellonet. Voici les principaux extraits du procès-verbal (17) : "Le Comité est d'avis que le ministre de la guerre donne son approbation aux dispositions suivantes, comme devant servir de bases aux projets à rédiger à l'effet de compléter les hôpitaux permanents de l'Algérie.

1°. Le nombre des lits de malades sera de 8 500 et celui des infirmiers de 1 416, répartis dans les diverses places des provinces d'Alger, d'Oran et de Constantine, conformément aux indications de l'état consigné dans le courant du présent avis.

2°. Il y aura deux hôpitaux permanents à Oran, l'un à la Mosquée et l'autre à la Vieille Casbah ; trois à Alger dont un à la Casbah pour le cas de siège, et les deux autres dans le jardin du Dey pour les besoins ordinaires ; enfin, un seul hôpital dans chacune des places portées sur l'état précité.

3°. Les bâtiments des salles auront en général deux étages et un rez-de-chaussée ; mais on ne mettra d'ailleurs de malades au rez-de-chaussée qu'autant qu'il ne serait pas nécessaire en totalité pour les accessoires.

4°. Les dimensions des salles et l'espacement des lits entre eux seront déterminés de manière à satisfaire à la condition : d'avoir au moins 25 m³ d'air respirable pour chaque fiévreux et 22 m³ pour chaque galeux ou vénérien, de ne réduire dans aucun cas leur largeur pour deux rangs de lits à moins de 6m 50, de ne leur donner jamais moins de 4 m de hauteur, de ne jamais mettre de lits vis-à-vis des fenêtres et de ménager entre les lits des ruelles de 0,65 m au maximum.

5°. Enfin, dans les salles à deux rangs de lits, les lits seront placés contre les murs de façade pour les salles longitudinales, et contre les murs de refend pour les salles transversales, et non suivant les axes des pièces. Les salles seront d'ailleurs longitudinales ou transversales suivant les conditions qu'on aura à remplir dans chaque localité et la nature des matériaux à employer."

Le 23 avril 1843, le ministre indiquait qu'il était disposé à approuver les propositions, mais qu'il désirait que fût notamment consulté le Bureau des hôpitaux. Au nom du directeur du matériel de l'administration, M. Marie, chef du Bureau des hôpitaux, saisissait le Conseil de santé des armées le 10 mai, en l'invitant à donner son avis sur les délibérations du Comité des fortifications.

Tableau III – Construction des hôpitaux permanents

	Désignation des hôpitaux par Division	Propositions Commission du GGA 08.11.1842	Propositions du Comité des fortifications 22.03.1843	
	<i>Division d'Alger</i>			
1	Hôp. du Dey – N° 1 – Alger	1 150	} 2 400	1
2	Hôp. du Dey – N° 2 – Alger	1 150		2
3	Hôp. de la Casbah – Alger	1 050		3
4	Hôp. de Douera	200	200	4
5	Hôp. de Bouffarik	50	non retenu	
6	Hôp. de Blidah	500	400	5
7	Hôp. de Coleah	100	100	6
8	Hôp. de Cherchell	250	200	7
9	Hôp. de Médeah	400	300	8
10	Hôp. de Miliana	400	400	
		5 250	4 000	
	<i>Division d'Oran</i>			
11	Hôp. d'Oran – N° 1 – Mosquée	600	500	10
12	Hôp. d'Oran – N° 2 – Casbah	600	500	11
13	Hôp. de Mostaganem	500	400	12
14	Hôp. d'Arzew	50	non retenu	
15	Hôp. de Mascara	400	300	13
16	Hôp. de Tlemcen	300	300	14
		2 450	2 000	
	<i>Division de Constantine</i>			
17	Hôp. de Bougie	250	200	15
18	Hôp. de Djidjelli	150	150	16
19	Hôp. de Philippeville	650	600	17
20	Hôp. de Bône	600	400	18
21	Hôp. de La Calle	40	50	19
22	Hôp. de Guelma	200	100	20
23	Hôp. de Constantine	800	700	21
24	Hôp. de Sétif	300	300	22
		2 990	2 500	
	Capacité hospitalière totale	10 690	8 500	
Doc : P-J. Linon				

En réduisant de 20 % le nombre de lits proposé par la Commission, le Comité agissait dans un souci de limitation des dépenses, sur des hypothèses de temps de paix. Or, les

opérations militaires se développeront encore pendant près de cinq ans jusqu'à la fin de la conquête. Et les hôpitaux connaîtront une activité intense qui ne cessera pas avec la reddition d'Abel-el-Kader le 23 décembre 1847 (voir Tab. I) en raison de l'importance des effectifs et des maladies endémo-épidémiques.

L'avis du Conseil de santé des armées

Au 1er janvier 1843, le Conseil de Santé se compose de cinq membres : les médecins inspecteurs Moizin et Gasc, les chirurgiens inspecteurs Pasquier et Bégin, le pharmacien inspecteur Brault ; de deux adjoints : le médecin principal de 1ère cl. Baron Michel et le chirurgien principal de 1ère cl. Pasquier et d'un secrétaire, le médecin ordinaire de 1ère cl. Judas. Il est présidé pour 1843 par le médecin inspecteur Gasc (18). Le médecin inspecteur Moizin, prédécesseur de Gasc, connaît bien la question des hôpitaux d'Algérie qu'il avait inspectés en 1841, et en 1842 avec le Baron Larrey. C'est à l'issue de cette inspection que devait mourir Dominique Larrey, le 25 juillet 1842. Bégin lui succède. Sollicité le 10 mai 1843, le Conseil de santé remet son avis le 19 mai, à M. Evrard de Saint-Jean, directeur du matériel de l'administration de la guerre. C'est un document de 18 pages (19) qui répond aux quatre questions examinées précédemment par la Commission et par le Comité des fortifications. En ce qui concerne la capacité hospitalière, tout en considérant qu'on doit admettre le sixième comme base de la proportion ordinaire des malades, le Conseil estime que "la proportion du sixième ne doit pas exclusivement servir de base à la fixation de la contenance des hôpitaux d'Algérie mais qu'elle doit être élevée en vue des besoins exceptionnels, dans un rapport qui peut être exprimé par la substitution du chiffre de 13 000 lits à celui de 10 690, chiffre de la Commission." Sur le nombre d'hôpitaux, le Conseil se range à l'avis du Comité tout en regrettant de ne pas avoir de documents assez circonstanciés. Il observe que la Commission en se basant sur un effectif de 60 000 hommes calcule 3 350 malades à Alger et que le Comité en ne retenant qu'un effectif de 40 000 hommes, réduit le chiffre des malades à 2 400 à Alger. Compte tenu des besoins exceptionnels, le Conseil pense que l'effectif de référence devrait être de 80 000. Cette pertinente réflexion sera confirmée par les faits. En effet, l'effectif annuel moyen de 1841 à 1850 atteindra 80 000 hommes, avec près de 100 000 en 1846. Le Conseil répondit aussi aux autres questions avec force détails, en rappelant qu'il avait, dès le 19 mars 1842, établi un projet de construction des hôpitaux d'Algérie.

Modifications du programme de construction des hôpitaux

Le 28 septembre 1843, le ministre adressait au Gouverneur général une dépêche comportant les dispositions prévues, et le 5 novembre, la Commission spéciale se réunissait sous son autorité pour proposer des modifications. Enfin, le 24 novembre, le maréchal Bugeaud adressait aux généraux commandant les divisions d'Alger, Oran et Constantine, la nouvelle répartition, sans attendre l'approbation du ministre. Le tableau de répartition contient une observation générale essentielle : "La Commission a d'abord fait observer que les chiffres qu'elle indique n'étaient relatifs qu'à l'organisation permanente des hôpitaux. La contenance des locaux tant permanents que provisoires de chaque localité devra continuer à offrir le nombre de places nécessaires pour satisfaire aux besoins du service" (20). Dans la division d'Alger, quatre hôpitaux sont ajoutés : Teniet El Haad, Boghar, Orléansville et Tenez. L'hôpital de Bougie est classé dans la division et non plus dans celle de Constantine. Le nombre de lits est de 5 330 pour quatorze hôpitaux. Dans la division d'Oran, un hôpital est prévu à Tiaret à 50 lits, avec la mention *Adopté sans discussion ; ce chiffre a été fixé par M. le Gouverneur général*. Le nombre

de lits est de 2 450 pour sept hôpitaux (21). Dans la division de Constantine, le petit hôpital d'El Arrouch à 50 lits, qui existait au 1^{er} janvier 1843 mais que la Commission n'avait pas retenu en novembre 1842, est ajouté au programme. Le nombre de lits est de 2 350 pour huit hôpitaux. La capacité totale prévue pour les hôpitaux permanents est de 10 130 lits pour vingt-neuf hôpitaux, en augmentation de près de 20 % par rapport au programme du Comité des fortifications. On doit relever le ton des lettres du 24 novembre 1843 : "...Cette répartition a été arrêtée le 5 novembre 1843, conformément aux dispositions de la Dépêche ministérielle du 28 septembre 1843, par la commission spéciale créée pour cet objet, et modifiée par ma décision de ce jour." Du 5 juin au 25 août 1843, le chirurgien inspecteur Bégin inspecte les hôpitaux. Il remet au Gouverneur général un long rapport sur les services hospitaliers en Algérie. Bugeaud en rend compte au ministre le 8 septembre (22) : " Il contient de nombreuses observations très justes, quelques-unes trop minutieuses. Mais il y manque un chapitre, c'est celui des difficultés qu'il a fallu et qu'il faut encore surmonter. Les inspecteurs qui arrivent de France s'étonnent de ne pas trouver la perfection en Algérie." La décision de remplacer les hôpitaux provisoires par des bâtiments neufs construits en dur avait été bien accueillie. Cependant, outre les délais nécessaires, leur financement restait un gros problème d'autant plus que les fonds votés pour 1844 pour le service du génie en Algérie furent inférieurs de deux millions de francs à ceux de 1843. À ce sujet, le commandant du génie en Algérie écrivait le 28 octobre 1843 au lieutenant général de Lamoricière : "Les travaux des hôpitaux.. se ressentiront de cette pénurie de fonds. À l'exception de l'hôpital permanent de Mostaganem, je ne vois pas qu'il soit possible de faire autre chose dans les diverses localités de la province d'Oran, que de continuer ce qui est commencé (23)." C'est le cas à Mascara : "L'hôpital provisoire est tolérable. L'hôpital permanent pour 400 malades sera terminé au mois d'avril prochain (1844). Mais on sent la nécessité de le porter à 600 places." écrit Bugeaud au ministre le 10 novembre 1843 (24).

Au cours de l'année 1844, des chantiers hospitaliers commencent ou se poursuivent à Médeah, Miliana, Mascara, Sétif, Guelma. Parmi les importants travaux de 1845, l'hôpital de Blidah est un exemple intéressant pour constater la cause du retard apporté à l'ouverture de l'hôpital et l'insuffisance des capacités. Dans son rapport d'inspection du 26 mars 1847, le médecin principal Paul, médecin en chef de l'armée d'Afrique, observe que "l'hôpital de Blidah est toujours dans un état provisoire. C'est un groupe de maisons mauresques avec cinq baraques.. Il est urgent qu'on se décide à occuper le bâtiment qui a été construit pour l'hôpital militaire et qui sert aujourd'hui de caserne d'infanterie (25)". Ouvert dans le courant de l'année 1847, l'hôpital accueillera au total 6 889 malades dont 44 % de civils parmi lesquels un petit nombre d'indigènes. Avec la capacité de 400 lits, prévue par le Comité des fortifications, celle-ci apparaîtra insuffisante comme s'en plaindra M. Finot, médecin en chef de l'hôpital, dans ses rapports des 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1847 adressés au médecin en chef de l'armée d'Afrique (26). À Alger, l'hôpital de Mustapha devant devenir hôpital civil fin 1850, l'urgence de construire un hôpital militaire permanent s'imposait. La construction, pour 1 200 lits, fera l'objet de longues études. Le projet d'ensemble du commandement supérieur du génie en Algérie du 23 octobre 1847, sera discuté par le Comité des fortifications les 29 février et 1^{er} août 1848 (27) mais d'autres études suivront. Le début de l'édification des pavillons définitifs de l'hôpital du Dey date de 1853 et les derniers bâtiments ne seront achevés qu'en 1890 (28). Lors de l'expédition de Kabylie, en 1857, l'hôpital du Dey étant débordé, un hôpital temporaire de 1 200 lits sera ouvert à la caserne d'Orléans (hôpital de la Casbah

construit pour le cas de siège, en 1841). En 1860, le Service de santé militaire disposera de 32 hôpitaux (div. Alger : 13, div. Oran : 8, div. Constantine : 11) et de onze ambulances, actives ou sédentaires.

La construction des hôpitaux permanents n'a-t'elle pas une portée politique ?

Étant donné que la construction des hôpitaux permanents est l'une des propositions de Bugeaud présentées par M. Laurence à la Chambre des députés le 14 avril 1841, sa portée est évidemment politique. Cependant, cette mesure qui sera arrêtée le 22 mars 1843 dans les conditions examinées plus haut, est d'autant plus étonnante que la fin de la conquête est encore bien éloignée et que les opposants à cette entreprise restent très nombreux. On doit la situer dans le cadre de la politique de colonisation affirmée par Louis-Philippe dans son discours à l'ouverture des Chambres le 27 décembre 1841 : "Nos braves soldats poursuivent sur cette terre désormais et pour toujours française le cours de ces nobles travaux auxquels je suis heureux que mes fils aient eu l'honneur de s'associer (29)". Pour apprécier la portée politique de doter l'Algérie de ces hôpitaux permanents, le rapport du Lt colonel de Tinan adressé au ministre d'Orléansville le 5 avril 1843 peut être évoqué, à titre d'exemple : "La vue des constructions en pierres a enfin convaincu les Arabes de notre ferme volonté de résider définitivement au milieu d'eux. Des baraques en planches n'auraient pas suffi pour leur faire ajouter foi à nos dires (30)." En considérant le discours du roi du 27 décembre 1841 comme l'expression définitive de sa volonté de conquête, la nouvelle politique hospitalière apparaîtra comme étant de nature à améliorer l'état sanitaire des troupes. Celles-ci paieront encore un lourd tribut.

Tableau IV – Entrées et décès aux hôpitaux (1830-1847)

Période	Entrées	Moy-an	Décès	Moyen-an
1830-1841 (12 ans)	512 944	42 745	43 737	3 644
1842-1847 (6 ans)	571 979	95 329	32 264	5 377
Total	1 084 923		76 001	
Doc : P-J. Linon				

Cette vue d'ensemble permet de mieux mesurer les sacrifices de l'armée d'Afrique et l'activité hospitalière. Elle justifie pleinement la construction des hôpitaux permanents. On relève que la moyenne annuelle des entrées dans les hôpitaux de la période 1842-1847, qui ne porte que sur six ans, est très supérieure à celle de la période précédente (de 123 %) et celle des décès de 47,6 %. Ces taux éclairent les oppositions à la conquête tant dans l'opinion, y compris de la part de certains médecins militaires (31), qu'à la Chambre des députés, lors de la séance du 8 juin 1847, notamment (32). On comprend ainsi les difficultés rencontrées pour financer et pour construire des établissements permanents car, dans le même temps, les hôpitaux provisoires recevaient de très nombreux malades nécessitant d'augmenter leur capacité hospitalière. Le 1er janvier 1848, la soumission d'Abd-el-Kader est annoncée dans Paris où la vie parlementaire est agitée. La fin de la conquête ne profitera pas à Louis-Philippe qui abdiquera le 24 février 1848 (33).

Conclusion

L'histoire du Service de santé des armées en Algérie de 1830 à 1964 est indissociable de l'histoire des hôpitaux militaires ouverts à la population civile européenne et indigène, progressivement dès 1836, mesure généralisée en 1843 (34) et favorisée par la création des Bureaux arabes l'année suivante puis du Service médical de colonisation en 1853. La réalisation de l'infrastructure hospitalière militaire est un des principaux aspects de l'œuvre médicale de la France en Algérie (35). Au nombre de 55 en 1912, de 35 en 1928, les hôpitaux militaires seront peu à peu cédés à la Santé Publique. Le premier avait été celui de Philippeville en 1906. La Convention du 10 janvier 1935, qui affectera 25 hôpitaux, prévoyait aussi la construction d'hôpitaux mixtes (36). La guerre retardera son application largement commencée avant 1939. L'avenant du 3 août 1946 apportera quelques changements et permettra de terminer le programme des cessions en 1948. En 1954, quand débute la guerre d'Algérie, il ne reste que 12 hôpitaux militaires (Algérie-Sahara) et 3 500 lits. Tous les hôpitaux cédés auront permis de compléter le parc hospitalier civil qui comptera 118 établissements et 24 719 lits en 1958 (37). L'histoire retiendra que le programme de construction des hôpitaux de 1843 constitue le premier acte de la politique hospitalière de la France en Algérie (38). Le médecin colonel Hassenforder, conservateur du Musée du Val-de-Grâce, l'affirmait ainsi : "C'est par la création et l'organisation des hôpitaux militaires qu'a débuté l'œuvre d'assistance et de protection sanitaire réalisée par la France en Algérie"(39). N'est-ce pas à porter au crédit de la colonisation dans sa dimension civilisatrice ?

NOTES

- (1) Source : MP Jean BOUDIN : *Histoire statistique de la population en Algérie in Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. 50, Baillière éd., juillet 1853, p. 303. Les chiffres sont extraits des Tableaux officiels des établissements français (T.O.E.F), annuels. M. Boudin les compléta par ceux de la Commission des crédits de la Chambre des députés et par des communications au ministère de la guerre.
- (2) Les entrées aux hôpitaux et les morts dans les hôpitaux de 1830 ne figurent avec exactitude dans aucune publication : travaux de Boudin, de Victor-Martin et Foley (*Histoire statistique de la colonisation algérienne*, Germer-Baillière éd., 1851), T.O.E.F. *Annuaire de l'Économie politique* pour 1851 etc. Ces chiffres sont pourtant inclus dans deux grands tableaux : *Mouvement général des entrées, sorties et morts dans les hôpitaux et ambulances de l'armée d'Afrique depuis juin 1830 jusqu'au 31 décembre 1837*, dressés par le Bureau de centralisation du Service des hôpitaux. (MSSA, Val-de-Grâce, C. 67, d. 8).
Le médecin-colonel Santini dans son étude sur le *Rôle du Service de santé dans la conquête de l'Algérie (Le SSA en Algérie, 1830-1958* SPEI éd., Paris, 1958) indique des chiffres incomplets pour 1830.
- (3) *Bulletin du Corps des officiers de santé de l'armée de terre et des officiers d'administration des hôpitaux*, janv.-fév.-mars 1842.
- (4) *Le Moniteur Algérien*, n° 432, 27.04.1841.
- (5) *Recueil Mémoires Méd. Chir. Phar. mil.* Série I, vol. 50, p. 181-238.
- (6) *Registre du Comité des fortifications*. Séance du 16.05.1843 (SHD/T, 1 VK 458).
- (7) Pierre de la Gorce, *Louis-Philippe, 1830-1848*, Plon, Paris, 1931, p. 303.
- (8) Lettre du CE. Calliez au ministre, du 27.02.1841 (SHD/T, 1 H 74, d.1).
- (9) Correspondances Bugeaud (SHD/T, 1 H 86).
- (10) Bugeaud à Lamoricière, lettre du 24.01.1843 (SHD/T, 1 H 88, d.2).
- (11) Procès-verbaux des séances : SHD/T, 1 H 87, d. 1.
- (12) Jean-François Coytier, off. adm. 2° cl., chef du BCSHM le 16.02.1842 à son 3^e séjour. Affecté à l'HM du Dey en 1859 comme off. adm. princ. Meurt du choléra le 16.10.1865 à son 5^eme séjour. Off. Légion d'honneur (1856).

- (13) Article du docteur Villermé : *Note sur l'inconvénient de multiplier les étages dans les hôpitaux. Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, tome 4, octobre 1830, p. 51-55.
- (14) Tableau annexé aux PV des séances d'oct. et nov. 1842 établi par l'OA. 2 Coytier le 28.10.1842 et visé par l'Intendant de la division d'Alger le 05.11.1842 (SHD/T, 1 H 87, d. 1).
- (15) État signé de M. Marie, chef du Bureau des hôpitaux à la direction du matériel de l'administration au ministère de la guerre (SHD/T, 1 H 86, d. 1).
- (16) Guillaume Dode de la Brunerie (1775-1851). Fit les campagnes du Rhin, d'Égypte et d'Italie ; colonel en 1805, il se distingua à Iena. Divisionnaire en 1812. Rallié aux Bourbons en 1814, Campagne d'Espagne en 1823. Il organisa le camp retranché de Paris en 1840. Maréchal de France (1847). Grand officier de la Légion d'honneur.
- (17) *Registre du Comité des fortifications* de 1843 ; (SHD/T, 1 VK 458, pages 356 à 362).
- (18) Présidence notifiée par le Conseil de santé au directeur du matériel de l'administration de la guerre le 24.02.1843 et approuvée le 04.03.1843 (MSSA, C. 17, d. 13).
- (19) Avis du CSA du 19.05.1843 (MSSA, C. 67, d.6).
- (20) Lettre du maréchal Bugeaud au commandant de la division d'Alger, du 24.11.1843, n° 2879/EMG (SHD/T, 1 H 93, d. 1).
- (21) Lettre du maréchal Bugeaud au commandant de la division d'Oran, du 24.11.1843, n° 1488/EMG (SHD/T, 1 H 93, d. 2).
- (22) Lettre de Bugeaud au ministre du 08.09.1843 (SHD/T, 1 H 92, d.2).
- (23) Lettre du directeur des fortifications, commandant le Génie en Algérie, du 28.10.1843, au Lieut. Gén. de Lamoricière, Cdt. la province d'Oran (SHD/T, 1 H 92, d. 2).
- (24) Lettre de Bugeaud au ministre du 10.11.1843 (Ibid).
- (25) Rapport d'inspection du MP. Paul à l'HM de Blida, le 26.03.1847 (MSSA, C. 86, d. 1 à d. 5).
- (26) Rapports de M. Finot, Med. ord 1° cl., Med-chef HM Blida, 3° et 4° trimestre 1847 (MSSA, C. 86, d. 1 à d. 5).
- (27) *Registre du Comité des fortifications* de 1848, (SHD/T, 1 VK 463) séance du 29.02.1848 (p. 314-321), séance du 01.08.1848 (p. 1228 – 1231).
- (28) *Historique de l'HM Maillot* par le Méd. cap. Gay, avril 1947 (MSSA, C. 3073, d. 2) et archives génie-Algérie (SHD/T, 1 H 517 – 524).
- (29) *Le Moniteur Algérien*, n° 476, du 20.04.1842.
Nota : Fils de Louis-Philippe Ier :
 - 1 - Ferdinand-Philippe, duc d'Orléans (1810-1842). Suit le général Clauzel en Algérie en 1835 et se distingue à la prise de Mascara. En 1839, retourne en Algérie, reconnaît les Portes de Fer et commande l'attaque de Médéa et de Mouzaïa en 1840.
 - 2 - Louis-Charles, duc de Nemours (1814-1896). En Algérie en 1836, se distingue à la prise de Constantine en 1837. Retourne en Algérie en 1841, se bat contre Abd-el-Kader et les Kabyles.
 - 3 - François-Ferdinand, prince de Joinville (1818-1900). Contre-amiral en 1843, commande la flotte qui bombarde Mogador en 1844.
 - 4 - Henri-Eugène, duc d'Aumale (1822-1897). En Algérie en décembre 1842, se distingue par la prise de la Smala d'Abd-el-Kader. Gouverneur général de l'Algérie du 11.09.1847 au 25.02.1848.
 - 5 - Antoine-Marie-Philippe, duc de Montpensier (1824-1890). En décembre 1843, prend part à l'expédition de Biskra puis à la campagne des Ziban où il est blessé. En 1845, fait la campagne de l'Ouarsenis comme colonel.
- (30) Lettre du LC de Tinan au ministre, du 05.06.1843 (SHD/T, 1 H 90, d. 1).
- (31) Jean-Christian BODIN, med. princ. 1° cl., érudit, hygiéniste, légiste, géographe, statisticien, (1806-1867). Auteur d'un *Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues* (Baillière, Paris, 1842), et d'*Études sur la mortalité et l'acclimatement de la population française en Algérie* (Baillière, 1847). Opposé à la pénétration française en Algérie, il sera au cœur de nombreuses polémiques. Dans de nombreux articles insérés dans les *Annales d'hygiène publique* et dans la *Gazette médicale de Paris*, de 1848 à 1853, il chercha à établir que les Français ne pouvaient pas s'acclimater en Algérie.

- (32) Discours de M. Desjobert, séance du 08.06.1847 à la Chambre des députés (MSSA, C. 68, d. 8).
- (33) Gaston BOUNIOLS : *Histoire de la Révolution de 1848*, Lib. Delagrave, Paris, 1918, chap. I.
- (34) En 1843, on enregistre 40 % de civils à l'hôpital de Colea. Hors Alger qui possédait un hôpital civil depuis 1833, on compte 6 200 entrées de civils répartis dans 11 HM. A l'HM d'Oran, de 1831 à 1852, on relève 11 326 entrées civiles, soit 8 % au total.
- (35) TARAYRE, Med. col., *Étude en général des hôpitaux militaires d'Algérie après la conquête*, dact., 1947 (MSSA, C. 3073).
- (36) Projet initial en 1932. La Convention du 10.01.1935, passée entre le ministère de la guerre et le Gouvernement général de l'Algérie, est approuvée par décret du 15.05.1936 – JO. du 07.06.1936.
- (37) Prof. P. COMBE, *Enfance et Santé publique en Algérie*, in *Algérie médicale*, 66, 5, mai 1962, p. 570.
- (38) Raymond FÉRY, med. gen. de Santé publique, *L'œuvre médicale française en Algérie*, ed. Gandini, Nice, 1994 ; et Pierre GOINARD, *Algérie, l'œuvre française*, ed. Laffont, Paris, 1984, et ed. Gandini, Nice, 2001.
- (39) HASSENFORDER, med. col., *Organisation de l'assistance médicale aux populations civiles in le SSA en Algérie (1830-1958)*", SPEI ed., 1958, p. 78.

RÉSUMÉ

Le 22 mars 1843, le Comité des fortifications du génie décide de construire en Algérie 22 hôpitaux militaires permanents. Cette décision se fonde sur les propositions de la Commission spéciale instituée par le Gouverneur général de l'Algérie, qui comprenait Antonini et Guyon, respectivement médecin en chef et chirurgien en chef de l'armée d'Afrique. Le Comité des fortifications sollicitera l'avis du Conseil de santé des armées qui rendra son rapport le 19 mai 1843. Plusieurs de ses membres connaissent bien la situation hospitalière de l'Algérie par leurs inspections de 1841 et 1842. L'état sanitaire des troupes est déplorable. De 1840 à 1842, on compte 23 533 morts dans les hôpitaux de maladies endémo-épidémiques. Cet important programme de construction est d'autant plus surprenant que la conquête de l'Algérie ne s'achèvera que près de cinq années plus tard par la soumission définitive d'Abd-el-Kader le 23 décembre 1847. Ne doit-on pas y voir aussi un acte politique ? Ce plan sera non seulement réalisé mais dépassé. En 1860, l'Algérie comptera 32 hôpitaux militaires, 42 en 1873 et 55 en 1912. Ce programme constitue le premier acte de la politique hospitalière de la France en Algérie. Progressivement, les hôpitaux militaires seront cédés à la Santé Publique. Il n'en restera que douze quand débutera la guerre d'Algérie en 1954.

SUMMARY

Twenty-two hospitals were built since 1843 for the sanitary state of troops was disquieting with twenty-three thousands deaths because of epidemical diseases. The building's programme was political and filty-five had been built in 1912. Some of them were more and more given to the Civilian Health Service and in 1954 only twelve of them were still military hospitals

C. Gaudiot.

Michel Lévy (1809-1872)

directeur de l'École du Val-de-Grâce *

par Jean-Jacques FERRANDIS **

Après avoir évoqué tour à tour la vie et la carrière de Michel Lévy, notamment son rôle exemplaire d'organisateur de l'École du Val-de-Grâce, nous rappellerons succinctement son œuvre scientifique et tenterons de répondre à la question : Michel Lévy était-il fidèle à ses origines juives ?

Michel Lévy naît le 28 septembre 1809, à Strasbourg. Son père Isaac et sa mère Jeannette, née Lévy, sont de modestes commerçants drapiers. Il est le sixième enfant d'une fratrie de dix. Sur son extrait de naissance figure la mention : "...a déclaré donner le prénom de Michel...". Son oncle maternel est rabbin, il apprend l'hébreu au jeune adolescent et lui fait traduire la Bible. Dès l'âge de 15 ans, celui-ci donne des leçons particulières afin de payer ses études. Il est très brillant, son devoir de philosophie au concours général est envoyé au ministre pour une admission à l'École normale, mais sans succès. Dans l'éloge de Michel Lévy, qu'il prononcera en 1892, Jules Bergeron, Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, a écrit : "On crut alors ne pouvoir attribuer le silence du ministre qu'à son peu de tendance, ou peut-être ses scrupules, à admettre dans l'Université un enfant d'Israël". Michel Lévy décide de s'orienter vers une autre voie. L'Armée devrait lui assurer une existence décente. Le 4 mars 1830, après deux années préparatoires, il réussit le concours de chirurgien-élève à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg. À cette époque, les officiers de santé de l'armée de terre étaient formés dans l'un des trois hôpitaux d'instruction de Strasbourg, Metz ou Lille. Au bout d'un an, ils étaient affectés dans les corps de troupe et participaient aux campagnes. La majorité servait en Algérie dont la conquête commençait. Les chirurgiens-élèves ne pouvaient guère revenir terminer leurs études dans leur hôpital d'instruction. Michel Lévy ne fut pas de ceux-là : dès juin 1831, il participe à la campagne de Morée où il visitera les sites de la Grèce antique. Sa conduite et surtout ses écrits, déjà brillants, lui valent d'être récompensé par un prix et par le grade de chirurgien sous-aide. En 1831, il revient à Strasbourg après le décès de son père pour s'occuper de sa famille. En 1832, il est nommé chirurgien aide-major ; on le retrouve au siège d'Anvers avec Hippolyte, le fils de Dominique Larrey, le célèbre chirurgien en chef de la Grande Armée. Ils resteront toujours très amis. En 1834, à Montpellier, âgé de 25 ans, il soutient sa thèse de doctorat en médecine, sur l'opération de l'empyème. Il se montre un précurseur de l'intervention

* Comité de lecture du 13 décembre 2008.

** 6, rue des Impressionnistes, 91210 Draveil.

précoce, pratiquée de nos jours, alors que le célèbre Laennec préconisait alors l'abstention jusqu'à l'apparition d'une collection suppurée fluctuante sous-costale. Nommé médecin-adjoint, il est affecté en Corse, à Calvi, de 1834 à 1835.

Rappelons que sous la Restauration, la formation des officiers de santé était devenue plus qu'insuffisante ; Bégin avait même dénoncé l'impossibilité d'une formation continue du fait des pérégrinations des chirurgiens élèves restant trop peu de temps à l'hôpital d'instruction. Ils quittaient trop souvent et trop longtemps leur hôpital d'instruction pour servir en Algérie. En 1836, afin de remédier à ces difficultés, les hôpitaux d'instruction de Strasbourg, Metz et Lille furent seulement chargés de former les élèves durant les deux années préparatoires. Le Val-de-Grâce devint alors l'unique hôpital de perfectionnement, les élèves y recevaient une formation continue pendant trois ans, identique à celle dispensée dans les facultés pour ce qui concerne les maladies et complétée par un enseignement spécifique de chirurgie de guerre.

L'année 1837 va être le début de la consécration pour Michel Lévy. Après sa brillante réussite au concours du professorat, il est nommé à la chaire d'hygiène et de médecine légale de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce. Il fait l'admiration du grand Broussais, président du jury. Michel Lévy écrira d'ailleurs en exergue de son monumental traité d'hygiène : "À la mémoire de F. J. V. Broussais. Il a présidé le jury dont les suffrages m'ont appelé au Val-de-Grâce. Inconnu de lui, j'ai éprouvé sa justice et son impartialité. L'admiration n'a pas manqué à son génie. Je lui dédie mon livre comme un hommage à son caractère".

Le 29 décembre 1840, il épouse Adèle Dupont, issue d'une grande famille industrielle de Lorraine. Ils auront trois enfants. Cinq ans plus tard, le 24 octobre 1845, il est nommé Médecin Premier Professeur à l'Hôpital d'instruction de Metz. L'année 1850 sera l'une des plus importantes pour la carrière de Michel Lévy. À 41 ans, il devient Médecin Premier Professeur au Val-de-Grâce. Le 9 avril, il est élu à l'Académie de médecine. Ce même mois, il doit subir l'une des plus graves crises du Service de santé militaire. En effet, le décret du 23 avril 1850, signé par le général d'Hautpoul, supprima les hôpitaux d'instruction de Lille, Strasbourg, Metz, Brest et Toulon et surtout l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce. En fait, c'est le Val-de-Grâce, seul, qui était visé car ses élèves avaient participé activement à la révolution de 1848 en réclamant, à la suite de Gama, l'autonomie du Service de santé. Rappelons que le service était à l'époque totalement dirigé par les intendants. Michel Lévy ne se décourage pas. Par sa diplomatie et son opiniâtreté, il réussit en quatre mois à faire signer, par le même d'Hautpoul, le décret du 9 août 1850, créant "l'École d'application de la Médecine et de la Pharmacie militaires" au Val-de-Grâce. Désormais, les futurs officiers de santé devaient avoir soutenu leur thèse de doctorat en médecine, préalablement à leur admission au Val-de-Grâce. Les hôpitaux de Strasbourg, Metz et Lille continuaient pour leur part d'assurer la formation initiale des étudiants, en liaison avec les facultés de médecine des villes respectives. L'École d'application assurait l'enseignement médico-militaire spécifique aux futures missions des jeunes médecins, de manière analogue à ce qui se pratique de nos jours. Enfin, le 13 septembre, Michel Lévy devient membre du Conseil de santé.

L'année 1851 débutera avec la nomination, le 2 janvier, de Michel Lévy au grade de Médecin Inspecteur (correspondant à celui de général de brigade). À 42 ans, il atteint le sommet de la hiérarchie du Service de santé militaire. Notons qu'il fut le seul général israélite du Second Empire. Durant cette même année, il fait de nombreuses inspections

en Italie et en Algérie, il est nommé tour à tour membre du Conseil supérieur des colonies et de l'Algérie et membre du Comité consultatif d'hygiène publique en France. De juin 1854 à avril 1855, il participe à la guerre de Crimée comme Directeur et Inspecteur permanent du Service de santé de l'Armée d'Orient en Turquie et Crimée. En même temps, il organise le Service médical de l'armée turque avec une grande efficacité. Il applique en Crimée ses méthodes déjà utilisées en 1832, lors d'une épidémie de choléra à Bourbonne-les-Bains, puis en 1849 au Val-de-Grâce, où il avait traité 1 100 cas de choléra et publié les résultats de 140 autopsies. Rappelons qu'en Crimée, le typhus et le choléra ont fait plus de morts que les balles (6 000 cholériques à Varna). Michel Lévy institue des mesures d'isolement, de désinfection, de désencombrement et de ventilation des locaux d'habitation, notamment il fait installer des tentes et des baraques bien ventilées et désinfectées. Il crée également une chaîne d'évacuation sauvant 14 000 malades d'une mort certaine. Il écrira plus tard : "Ces baraques étaient l'objet de ma principale préoccupation et grande était pour elles mon ambition. Je voulais en finir avec le méphitisme séculaire des hôpitaux monuments ; je voudrais que nos baraques pussent devenir les hôpitaux de l'avenir avec une durée de dix ans, et, au terme de cette période, détruites et remplacées, sur d'autres terrains par des constructions nouvelles, avec les corrections que l'expérience aurait suggérées". Les prescriptions de Michel Lévy allaient être mises en œuvre pendant la guerre de 1914-1918, dans les hôpitaux d'évacuation constitués de baraques. Rappelons que Jean-Antoine Villemin démontra la contagiosité de la tuberculose en 1865, dans un petit laboratoire installé dans l'une des cours du Val-de-Grâce, dont Michel Lévy lui avait permis et encouragé l'installation. Tout ceci se passait bien avant les travaux de Pasteur.

Le 8 mai 1856, Michel Lévy est nommé Directeur de "l'École impériale d'application de la Médecine et de la Pharmacie militaires" au Val-de-Grâce (succédant à Alquié, le premier directeur nommé en 1852). Tous les auteurs s'accordent à écrire que Michel Lévy a tout créé au Val-de-Grâce. Les bases de l'École d'application actuelle figuraient déjà presque entièrement dans les réalisations de Michel Lévy qui resserra le lien fonctionnel entre l'école et l'hôpital, véritable CHU avant l'heure. Il créa notamment les amphithéâtres de cours, les laboratoires, la bibliothèque et le musée. Mais également les programmes d'enseignement, les formations complémentaires médicales et chirurgicales, les concours d'agrégation, des médecins et chirurgiens des hôpitaux militaires, les stages hospitaliers et les travaux pratiques... L'un de ses successeurs, le Médecin Inspecteur Général Alain Mignon écrira de lui : "obéi et aimé, bien que sa main ne fût pas toujours gantée de velours". Le décret du 12 juin 1856 crée l'École de formation de Strasbourg. Selon Izac, à la suite de Bégin et Fortoul, Michel Lévy, fidèle à son Alsace natale, contribua grandement à la création de cette école. Il en fut nommé inspecteur permanent. Dès lors, le recrutement des étudiants et leur formation complémentaire ont lieu à l'école, en liaison avec la Faculté de Strasbourg, jusqu'au doctorat en médecine ou au diplôme de pharmacien. Malheureusement, la dissolution de l'école, en septembre 1870, affligea particulièrement Michel Lévy, déjà très malade. Il ne connaîtra pas sa réouverture à Lyon, en 1888.

En 1857, il est élu président de l'Académie de médecine sans avoir été vice-président. Il déclare dans son allocution : "Un sentiment patriotique a dicté votre choix, le souvenir de quelques services rendus dans des circonstances difficiles et mémorables a inspiré

vosre confraternité ; je vous en remercie, et pour moi-même et pour la médecine militaire que vous avez, en quelque sorte, associée à cette libre élection”.

Le 13 mars 1872, Michel Lévy décède au Val-de-Grâce dont il n'avait pas voulu céder la direction malgré sa grave maladie de cœur. Il est inhumé au Père-Lachaise, sans discours, selon sa volonté, mais entouré de tous ses élèves et des nombreux professeurs qu'il avait nommés et dirigés. En plus des nombreuses décorations, dont celles obtenues en Crimée, il était Grand Officier de la Légion d'honneur.

Son œuvre scientifique est loin d'être négligeable, même si après 1856, Michel Lévy, pourtant si prolifique jusque-là, ne fit guère paraître de publication, tout entier absorbé par l'organisation du Val-de-Grâce et sa lutte pour l'accession du Service de santé à son autonomie (1882). L'œuvre de Michel Lévy est celle d'un grand organisateur et d'un visionnaire, défenseur du Service de santé militaire. Ses travaux anatomo-cliniques ont porté sur les fièvres intermittentes et les fièvres épidémiques, le choléra, la rougeole, le traitement expéditif de la gale, la méningite cérébro-spinale, le pneumothorax spontané, le cancer gastrique, les maladies albuminuriques (le premier en France à constater de l'albumine dans les urines des cholériques). Son œuvre d'hygiéniste est particulièrement notable. De 1837 à 1844, il écrit de nombreux articles dans la *Gazette médicale de Paris* sur l'hygiène publique, le travail des enfants dans les manufactures dès l'âge de huit ans, la revaccination générale de l'armée, la salubrité des hôpitaux en temps de paix et de guerre. En 1844 et 1845, il fait paraître son œuvre majeure, chez Baillière : *Le Traité d'hygiène publique et privée* (2 volumes de 1000 pages avec six éditions complétées). Dans la première partie relative à l'hygiène privée, il étudie les habitudes pathologiques (digestives, sexuelles, nerveuses, nostalgiques). Puis les causes extérieures (météorologie, aliments, cuisine, condiments, habitudes alimentaires, vêtements, corsets, cosmétiques, sommeil, gymnastique). Dans la seconde partie, il aborde l'hygiène publique avec la personnalité sociale (populations, races, fécondité), les causes extérieures (atmosphère, contagion, désinfection, hygiène urbaine, voirie, pavage, édifices publics, hôpitaux, prisons..., éducation, mœurs, criminalité, hygiène et politique, religion, professions, hygiène industrielle. Henry Baruk, membre de l'Académie de médecine, a écrit en 1949 : “le traité n'a pas vieilli comme maints traités et reste encore d'actualité sur bien des points... L'ouvrage comprend, intimement fondus, tous les détails matériels et moraux concernant l'hygiène individuelle et sociale de l'homme... L'homme s'y trouve tout entier aussi bien comme individu que comme membre d'une société... Les détails les plus techniques sont toujours revêtus chez lui d'un esprit profondément humain”.

Michel Lévy est en outre l'auteur de publications médicales et philosophiques. Il prononce l'éloge de Broussais, lors de la distribution des prix du Val-de-Grâce (1857), l'éloge funèbre aux obsèques de Dominique Larrey (1842), au nom du Val-de-Grâce, le discours sur les conditions pratiques et scientifiques de la médecine militaire à la distribution des prix du Val-de-Grâce (1848). Il écrit de nombreuses bibliographies et articles critiques dans la *Gazette médicale*. La majorité des auteurs louent son style brillant.

Abordons maintenant une question intéressante : Michel Lévy était-il fidèle à ses origines juives ? Dans sa thèse : *La promotion des juifs en France à l'époque du Second Empire. 1852-1870* (thèse de 3ème cycle soutenue devant l'Université de Provence, à Aix-en-Provence, en 1977), David Cohen écrit : “Le rythme d'avancement des officiers français juifs est identique et même un peu plus rapide, par rapport à la moyenne générale, pour les grades d'officiers subalternes. Il se ralentit légèrement à partir de ceux d'of-

ficiers supérieurs, il est plus lent pour les grades d'officiers généraux. L'administration, dans les hauts grades, semble redouter les critiques de l'opinion publique en nommant des officiers généraux juifs à des commandements importants". Et à propos de Michel Lévy : "Ce qui étonne de même, c'est que Michel Lévy ait grimpé si rapidement tous les échelons à une période, le milieu du XIX^{ème} siècle, où être juif, et ne jamais le méconnaître, était considéré comme un handicap".

Revenons un instant sur le prénom Michel, déclaré à l'état civil. Également sur la signature des lettres qu'il adresse à sa chère épouse et qu'il signe "ton Michel". Pourtant, sur la plaque mentionnant tous les directeurs du Val-de-Grâce, on peut lire : "I. Michel Lévy". Certes, le "I." signifie vraisemblablement Isaac, le prénom du père et du grand père, ce qui est habituel dans la religion israélite. Mais nous notons que les prénoms des autres directeurs, dont celui de Léon Lévy, figurent uniquement par leur initiale (L. Lévy). On pourrait donc être en droit de penser que Michel Lévy aurait tenté d'atténuer la connotation hébraïque de son patronyme en y accolant son prénom. À l'appui de cette thèse, notons que son fils Auguste, polytechnicien, professeur au Collège de France, est noté Auguste Michel-Lévy (1844-1911) avec un trait d'union. Ceci dit, il semble habituel de voir des descendants reprendre le prénom de leur illustre aïeul dans leur patronyme, par exemple Émile-Zola chez les descendants de Zola. Hormis ce qui précède, Michel Lévy ne nous semble pas du tout suspect d'avoir tenté de dissimuler ses origines. Il est en effet l'auteur de nombreux articles philosophiques sur le judaïsme dont : *Coup d'œil historique sur l'état des israélites en France et particulièrement en Alsace* (1836) ; *De la vitalité de la race juive en Europe* (1866) qui, avec un style flamboyant, témoignent de son attachement très clair au judaïsme. De plus il est membre du Consistoire de Paris (1843-1844). Enfin, son traité d'hygiène semble une synthèse entre science et religion. Il écrit dans le préambule historique de celui-ci : "on s'est plus occupé en effet à dissenter sur les maladies mentionnées par Moïse qu'à pénétrer dans leur généralité les mesures de police sanitaire que ce grand homme a consacrées dans sa législation ... Il est aisé de suivre dans ses applications le système de Moïse et de mettre en évidence le rapport logique qui lie entre elles toutes ces prescriptions...".

Michel Lévy était-il tolérant envers les autres religions ? Nous retiendrons pour preuve irréfutable sa réponse à l'abbé Bégin qui, durant la guerre de Crimée, croyait avoir décelé chez lui, un désir de conversion au catholicisme : "En louant la vie et la mort de mon pauvre ami Ferrary et en encourageant de mon faible suffrage les bonnes sœurs qui desservent nos hôpitaux avec un si admirable zèle ... je me suis inspiré d'aucun dogme, d'aucune considération de culte ou de croyance, j'ai obéi à ma conscience ... Soyons unis en esprit, puisque nous ne le sommes pas dans la lettre et dans la formule... associons nos efforts, et au besoin, sachons mourir, le médecin israélite et l'aumônier catholique, l'un à côté de l'autre, auprès des mêmes cholériques que nous assistons à tour de rôle". Enfin, deux mois avant sa mort, il écrit le 16 janvier 1872, à l'abbé Gratry, membre de l'Académie française, en convalescence à Montreux (Suisse) : "... Donc, tenons-nous sur le terrain d'une commune entente, à ce qui nous unit, non à ce qui peut nous diviser... Vous avez en moi un admirateur de votre talent, profondément sympathique à la civilisation chrétienne, à l'idéal Christ, mais sans oublier Moïse : les deux se continuent, se complètent ; au-dessus d'eux est notre père qui est au ciel et dont j'implore tous les jours la miséricorde". Nous pouvons donc répondre par l'affirmative : Michel Lévy était fidèle à ses origines juives et, de plus, tolérant à l'égard des autres confessions.

Le 13 décembre 1892, à l'Académie de médecine, Jules Bergeron, Secrétaire perpétuel déclara dans son éloge de Michel Lévy : "un homme né parmi les humbles, parvenu par un énergique et persévérant effort de sa volonté et de son intelligence à l'un des rangs les plus élevés de la hiérarchie sociale et qui, en outre, laisse dans la science une trace lumineuse pour que son nom en reçoive un éclat durable". Un tel hommage se passe de commentaires.

SOURCES

Cartons relatifs au sujet. Centre de documentation du musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce, Paris.

LÉVY Michel - *Titres et travaux scientifiques*, Imp. Simon Raçon, Paris, 1864.

LÉVY Michel - *Rapport sur les progrès de l'hygiène militaire*, Imp. Nationale, Paris, 1867.

LÉVY Michel - *Traité d'hygiène publique et privée*, Baillière, Paris, 1844-1845.

RÉSUMÉ

Fils d'un modeste drapier strasbourgeois, Michel Lévy (1809-1872) réussit le concours d'entrée à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg en 1830. Il participe à la campagne de Morée et au siège d'Anvers, il soutient sa thèse en 1834. En 1836, il est nommé professeur dans la chaire d'hygiène et de médecine légale de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, à Paris. Médecin Premier Professeur en 1850, il est élu à l'Académie de médecine. En 1851, il est nommé Médecin Inspecteur et sera le seul général israélite du second Empire. Il participe à la campagne de Crimée comme directeur et inspecteur permanent du Service de santé de l'Armée d'Orient en Turquie et Crimée, où il va mettre en place de remarquables mesures d'hygiène et lutter contre une épidémie de choléra. En 1856, nommé directeur de "l'École impériale d'application de la Médecine et de la Pharmacie militaires" au Val-de-Grâce, il organise l'école dont les principes sont toujours d'actualité. Michel Lévy était fidèle à ses origines juives et, de plus, tolérant à l'égard des autres confessions.

SUMMARY

Son of a modest clothier in Strasburg he succeeded to entrance examination to the military hospital in 1830. He defended his thesis in 1834 and was appointed professor at the hospital "Val-de-Grâce" in 1836. As General and Director of the Military Health Service in Crimea he fought against cholera through remarkable measures of hygiene. In 1856 he was appointed Director of the Imperial School of Medicine and Pharmacy of Val-de-Grâce in Paris. Michel Levy held fast to his Jewish origins and was tolerant to the other religions.

C. Gaudiot.

L'inversion en milieu socioculturel français du sens du terme alcoolique chez l'homme *

par Bernard HILLEMAND **

En 1902 dans sa thèse, l'un des tout premiers travaux français sur l'alcoolodépendance, Dromard (1) intitulait les alcoolodépendants "alcoolisés non alcooliques". Or actuellement c'est aux alcoolodépendants, c'est-à-dire aux addicts de l'alcool que l'on réserve préférentiellement la qualification d'alcooliques. Ainsi le mot alcoolique appliqué à l'homme a vu sa signification s'inverser en milieu socioculturel français. Concernant initialement les victimes somatiques de l'alcool, il est attribué maintenant de façon quasi élective aux alcoolodépendants intégrés eux-mêmes dans le cadre des addicts. Par contre les victimes organiques de l'alcool quand elles ne présentent pas conjointement d'alcoolodépendance sont plutôt qualifiées de malades par l'alcool. Ces considérations sémantiques peuvent paraître discussions byzantines. En fait, leur connaissance permet de ne pas faire de contresens à la lecture des textes passés ; de plus, elles sous-tendent différents types d'action. L'évolution singulière d'un terme qui se met à signifier quasi son contraire s'explique en partie par la difficulté à cerner le sens du mot alcoolisme.

La création du mot alcoolisme

Celui-ci a été créé de toutes pièces en 1849 par le médecin suédois Magnus Huss (2) dans un pays alors ravagé par la consommation d'eau-de-vie de pomme de terre et l'on peut considérer que son apparition relevait de la rencontre d'une augmentation de l'offre en raison de facteurs techniques avec une majoration de la demande du fait des bouleversements sociologiques de la première révolution industrielle, le tout vu sous l'angle de la méthode anatomo-clinique qui commençait son apogée.

1. Parmi les *facteurs techniques* de majoration de l'offre trois seulement seront évoqués : dès 1801, le perfectionnement des alambics par le procédé d'Édouard Adam, amélioré par Cellier-Blumenthal de 1808 à 1813, et par Desrone en 1818, permet le passage de la distillation artisanale à la distillation industrielle (3). De 1863 à 1868, les travaux de Pasteur (4) sur les procédés de chauffage du vin, en évitant ses "maladies" rendent sa conservation effective, d'où des possibilités non seulement de transport mari-

* Comité de lecture du 17 janvier 2009.

** 119, boulevard Malesherbes, 75008 Paris.

time au loin et d'exportation, mais aussi de stockage (5). Le développement des chemins de fer (1840) permet l'expédition de boissons alcooliques dans les régions demanderes-ses, d'où une augmentation de la consommation dans celles-ci et une stimulation de l'activité des régions de production. Ainsi il y avait augmentation de production des boissons distillées, apparition d'une conservation efficace du vin et majoration très importante des capacités de distribution grâce à la mutation des transports.

2. En regard de cette majoration de l'offre s'inscrivait un **accroissement considérable de la demande de boisson alcoolique**. Il fut le fait des bouleversements sociologiques liés à la première révolution industrielle. De cette conjoncture, il résulta une augmentation massive de la consommation des boissons alcooliques : *avant la première révolution industrielle*, la France était en effet beaucoup moins alcoolisée qu'on pourrait le penser. C'est ce qui ressort d'études générales sur l'histoire de la vigne et du vin en France (6, 7) et sur l'histoire de l'alcoolisme en général (8, 9 et 10). Vu le coût à l'époque des boissons alcooliques, c'étaient surtout les classes aisées qui étaient touchées, c'est-à-dire les nobles fortunés et la bourgeoisie des petites villes de province, car, propriétaires d'arpents de vignes suburbains, ceux-ci consommaient leur propre vin. La bière dans le nord et l'est, le cidre en Normandie et en Bretagne n'avaient qu'un impact régional. Certes surtout à partir du règne d'Henri IV, les taverniers vendeurs "à pot", c'est-à-dire de vin à emporter, et les cabaretiers débiteurs à consommer sur place se multiplièrent, tavernes et cabarets étant fréquentés par le "bas peuple" des villes. Certes, au XVIII^{ème} siècle, émerge la consommation de l'eau-de-vie surtout en milieu militaire (11), alors que, longtemps considérée comme agent thérapeutique, elle avait été jusqu'au règne de Louis XII vendue uniquement chez les apothicaires (12). Cette alcoolisation touchait fondamentalement les villes et la paysannerie était quasi épargnée à l'exception de quelques régions de production. L'alcoolisation était essentiellement aiguë, faite d'ivresse le plus souvent dans une atmosphère festive.

Parmi les bouleversements sociologiques, le fait dominant de la *première révolution industrielle* est l'apparition d'un **prolétariat sous-alimenté et miséreux** (13). consommant par entraînement et "noyant" sa détresse (14) dans l'alcool. Il est impressionnant de lire cette citation de Liebig par Racle (14) en 1860 : "l'eau-de-vie par son action sur les nerfs permet à l'ouvrier qui ne peut se procurer la quantité d'aliments nécessaire à son entretien de réparer aux dépens de ses nerfs la force qui lui manque etc.". Jadis privilège des strates sociales "élevées", l'alcoolisation intéresse dès lors également les classes populaires ; "la chaumière du pauvre et le palais du riche ne furent plus à l'abri des désastres produits par cette liqueur pernicieuse" (15). L'alcoolisation de masse était née : au cours de ce XIX^{ème} siècle, c'est non seulement une alcoolisation de masse qui se développe mais aussi un changement de la manière de boire qui s'effectue. Il s'agissait, on l'a vu, d'ivresses souvent espacées. Il va apparaître une alcoolisation bien différente de type chronique aboutissant aux tableaux cliniques que nous connaissons actuellement. La démonstration de cette évolution a été apportée de façon particulièrement précise par Fillaut (16) en ce qui concerne l'ouest de la France.

3. Dans son travail de 1849 écrit en suédois, Magnus Huss (2) s'efforça de rendre compte des conséquences sanitaires des faits nouveaux en usant dans un esprit scientifique de la **méthode anatomo-clinique** qui arrivait alors à son apogée. Non seulement il créa le mot d'alcoolisme, notion scientifique et non plus moralisatrice, mais il dégagait le concept d'alcoolisme chronique. Selon Renaudin (17) qui, en 1853, donna en français une remarquable analyse de l'ouvrage de Huss, ce dernier oppose l'*alcoholismus acutus*,

“symptômes prochains et immédiats qui se produisent dans le système nerveux à la suite de l’ivresse et jusque-là dénommés *Delirium tremens*”, et l’*alcoholismus chronicus* qui groupe les modifications dynamiques et fonctionnelles survenues dans les centres nerveux à la suite d’une consommation régulière et pathogène de boissons alcooliques. Une forme type est isolée. Elle exclut les dégâts des autres appareils et groupe tremblement, affaiblissement musculaire, vertiges cérébraux, paralysie anesthésique, fourmillements, etc. Des formes cliniques sont distinguées : forme paralytique ou parétique, forme anesthésique, forme hyperesthésique, forme convulsive, forme épileptique, forme prodromique. Des troubles psychiques sont notés (hallucinations, tendance au suicide). Pour Lasègue (18), analysant et commentant Huss en 1853, le gros diagnostic différentiel est le groupe encore assez vague des affections désignées sous le nom de paralysie générale. Tel est ce concept de l’alcoolisme chronique de Huss, bien loin de nos conceptions et discussions nosologiques actuelles. Deux remarques s’imposent au sujet du travail de Huss : quoique excluant de l’alcoolisme chronique les complications extra-neurologiques de l’alcool, il les décrit cependant longuement. Il montre en particulier celles du tube digestif et des vaisseaux, athéromatose, n’évoquant qu’accessoirement les altérations organiques ou fonctionnelles du foie et de l’appareil biliaire. Pour Jellinek (19), c’est là une de ses contributions les plus intéressantes ; si l’on en croit Renaudin (17), Huss décrit une “dipsomanie” ou “oinomanie”, c’est-à-dire une tendance qui pousse irrésistiblement à boire, et “il y a là toute la différence qui sépare un vice d’une maladie”. D’une façon très globale et quelque peu schématique, on peut donc considérer que dans le travail de Huss sont réunis d’une part la description d’un ensemble de troubles et de lésions organiques dus à l’alcool, d’autre part des troubles de comportement addictifs vis-à-vis de celui-ci.

De Huss à la dérive conceptuelle

Très tôt le mot alcoolisme connut des diversifications multiples de son sens. Tantôt il prit des significations souvent très éloignées du concept originel. Par exemple certains ont utilisé le terme alcoolisme dans une signification collective et géographique. C’est ainsi que l’on parle de l’alcoolisme dans une région donnée. D’autres ont réalisé des abords socio-économiques. D’autres encore ont défini l’alcoolisme comme une maladie sociale, l’envisageant comme un phénomène socio-culturel complexe au niveau d’une collectivité (20, 21). Se plaçant d’un point de vue purement biologique, certains ont estimé qu’est grand alcoolique celui qui absorbe chaque jour une quantité d’alcool supérieure à celle qu’il peut oxyder (22).

Tantôt il garda, soit réunies soit dissociées, deux composantes du travail de Huss, lésions organiques d’une part, troubles du comportement vis-à-vis de l’alcool d’autre part, d’où trois conceptions divergentes de l’alcoolisme (23, 24) dont la connaissance, on le verra, permet de comprendre l’inversion du sens du mot alcoolique appliqué à l’homme, thème de ce travail.

Dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, le terme alcoolisme était devenu non seulement d’une imprécision totale, mais source de confusion, et c’est à juste titre qu’en 1984 J. Rainaut a pu parler de l’impossible définition scientifique de l’alcoolisme (25). Depuis, la multiplication des classifications et en particulier des classifications étiopathogéniques visant à isoler dans une démarche athéorique des formes cliniques homogènes en soumettant un lot de sujets à une épreuve statistique discriminante intégrant items épidémiologiques et items de risques n’ont guère contribué à éclaircir la situation.

Les trois conceptions divergentes de l'alcoolisme issues de Huss

Tantôt on est resté *dans l'optique de Huss* en gardant réunis sous le terme d'alcoolisme les lésions organiques dues à l'alcool et les troubles du comportement vis-à-vis de lui. Cette conjonction a persisté dans la conception de l'alcoolisme de Jellinek (26), qui implique une notion de maladie, et dans celles du Conseil national des États-Unis d'Amérique sur l'alcoolisme (27). Le concept de maladie alcoolique conduit Jellinek à définir l'alcoolisme comme "tout usage de boisson alcoolique qui cause quelque dommage à l'individu, à la société ou aux deux". Il nuance ensuite sa pensée en distinguant cinq types d'alcoolisme désignés par les premières lettres de l'alphabet grec. Cette synthèse a pour intérêt - d'isoler des types cliniques authentiques ; - de cerner ainsi les rapports entre les lésions organiques et la dépendance en décrivant des formes cliniques comportant soit leur coexistence soit leur indépendance ; - de tendre vers une vision globale en faisant apparaître le fait social.

Tantôt on a *dissocié les deux catégories de troubles réunis par Huss*.

Dans les pays latins et viticoles comme la France, la consommation usuelle de vin en tant que boisson de table courante était considérée comme sociologiquement normale. Il s'en est suivi que, dans sa forme classique, l'alcoolisation française était une alcoolisation socio-professionnelle d'habitude sans signification psychiatrique majeure, d'ailleurs à l'alcoolisme du paupérisme du XIX^{ème} siècle s'est surajouté un alcoolisme de convivialité au XX^{ème}. Après de longues années d'alcoolisation, les accidents somatiques vont survenir parfois indépendamment de toute alcoolodépendance. C'est aux cirrhoses du foie dont, il y a plus de 25 ans, 17 000 malades mouraient par an en France (28), ainsi qu'aux autres complications organiques dues à l'alcool qu'étaient confrontés les médecins somaticiens français bien plus qu'à des problèmes psychiatriques. C'est dire que dans leur esprit le terme alcoolisme évoquait beaucoup plus les retentissements organiques souvent terminaux de l'alcoolisme que les dépendances induites.

Cette évolution terminologique était déjà faite dès 1865 comme le montre le monumental article de Lancereaux (15) sur l'alcoolisme dans le dictionnaire dit de Dechambre. N'y sont envisagées que les complications organiques de l'alcoolisation selon une méthodologie anatomo-clinique portée à la perfection et ce sont essentiellement les spiritueux qui sont considérés comme responsables. La thèse d'Imbert (29), faite dans le même esprit, s'efforçait de préciser des manifestations précoces : tremblement alcoolique, pituite alcoolique, cauchemars professionnels et zoopsies, troubles dyspeptiques, crampes douloureuses des membres inférieurs. En pratique, ces deux travaux sont à la base de la conception de l'alcoolisme des médecins somaticiens français qui gardaient quelque peu dans leur inconscient collectif l'ancienne et fausse notion du vin boisson dite "hygiénique" (4) tandis que les boissons distillées étaient dénoncées comme seules susceptibles d'engendrer l'alcoolisme. N'allait-on pas en 1902 jusqu'à écrire que favoriser la substitution du vin aux produits nocifs de l'industrie, c'est mettre presque sûrement le buveur à l'abri de la cirrhose, considérée à l'époque comme rare chez les consommateurs de vin (30) !

Ainsi pour le clinicien français du début de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, l'alcoolisme c'était l'ensemble des complications somatiques liées à la toxicité de l'alcool consommé avec excès, essentiellement cirrhose du foie, polynévrite, auquel s'ajoutait une complication psychique, le delirium. La notion de dépendance à l'alcool était complètement occultée dans la conscience médicale collective française, celle d'un pays viticole où la consommation sociale d'habitude de vin à table masquait les problèmes

psychologiques et l'alcoolodépendance. Cette dernière était seulement connue de quelques spécialistes qui ne purent se faire entendre. Tout au plus évoquait-on une forme clinique de *delirium tremens*, *delirium a potu suspensio*. L'alcoolique était donc vu comme un faible sans volonté, buvant par entraînement dans une atmosphère de convivialité ou de fuite des désagréments dans un climat évocateur de lâcheté. Objet d'un jugement moral péjoratif, il était considéré non pas comme un malade mais comme un vicieux peu digne d'intérêt avant l'apparition de complications organiques graves.

À l'inverse *en milieu anglo-saxon*, l'accent a été mis sur les troubles du comportement en privilégiant les aspects psychiatriques et les problèmes de dépendance à l'alcool tout en méconnaissant plus ou moins les complications organiques. En effet, dans les contrées de civilisation anglo-saxonne, les boissons alcooliques n'étaient pas des boissons de table courantes et leur consommation hors des repas pour calmer un mal-être existentiel était souvent liée à des facteurs névrotiques voire psychotiques avec alcoolodépendance rapide connue dès le XIX^{ème} siècle.

Ce courant de pensée a eu pour précurseurs Trotter (31) et B. Rush (32) ; McCarthy (33) situe même dès 1778 les premiers écrits de Trotter et dès 1784 ceux de B. Rush ; il a été poursuivi entre autres par Crothers (34) et par Kovalsky (35), et il a abouti à l'époque pré-contemporaine aux conceptions du manuel diagnostique américain des troubles mentaux DSM III (36), puis d'Edwards et Gross (37) et de l'OMS qui privilégient la notion de dépendance à l'alcool. Par exemple l'évolution de la pensée de l'OMS en témoigne : dans une première étape, le terme alcoolisme disparaissait de sa nomenclature au profit de "syndrome de dépendance alcoolique". En effet, en 1977, dans sa neuvième révision de la classification internationale des maladies (CIM 9 ou en anglais ICD 9) (38), l'alcoolisme ne figure plus que comme appellation incluse alors qu'est dégagée, à la suite, entre autres, des travaux d'Edwards (37) la notion de "syndrome de dépendance alcoolique". Il est ainsi défini au numéro de code 303 de la CIM 9 (38) : "état psychique et habituellement aussi physique, résultant de l'absorption d'alcool, caractérisé par des réactions de comportement et autres comprenant toujours un besoin compulsif de prendre de l'alcool de façon continue ou périodique afin d'en éprouver les effets psychiques et parfois de supprimer le malaise consécutif à l'abstinence ; il peut ou non y avoir accoutumance. Une personne peut être dépendante simultanément de l'alcool et d'autres drogues". De la sorte étaient évoquées et la dépendance psychique et la dépendance physique. L'OMS était ainsi conduite à distinguer d'une part le syndrome de dépendance à l'alcool et d'autre part le concept des "incapacités" liées à la consommation de l'alcool, c'est-à-dire des phénomènes pathologiques dus à l'alcool mais pouvant évoluer sans alcoolodépendance (40).

La définition conjointe en 1992 du national Council on Alcoholism and Drug Dependance et de l'American Society of Addiction Medicine (41) se situait dans une optique voisine. L'alcoolisme y apparaissait comme une maladie chronique primaire, avec des facteurs génétiques, psycho-sociaux et environnementaux, caractérisée essentiellement par la perte du contrôle de boire, d'où poursuite de la consommation en dépit de ses conséquences néfastes organiques entre autres. Dans une seconde étape récente, l'alcoolodépendance était intégrée dans le cadre général des dépendances. Il en était ainsi dès 1989, dans les documents préparatoires de la dernière classification de l'OMS (CIM 10 ou ICD 10 en anglais) (42) et dans le DSM III R (43). Ceci était confirmé en 1995 dans le DSM IV (44). Les critères de dépendance à une substance y sont décrits ainsi que ceux de son "abus", sans pour autant que soit précisée la nature de cette substance. Il en

résultera la diffusion du concept élargi de l'addictologie, proposé dès 1990, par Goodman (45). Il réunit les diverses assuétudes dans cette unique discipline, y compris les assuétudes non liées à une substance, comme le jeu pathologique. L'alcoolique, c'est-à-dire l'alcoolodépendant, devenait ainsi un addicté à l'alcool.

La difficile prise en compte de l'alcoolodépendance par la conscience médicale collective française

Elle durera pendant les trois premiers quarts du XX^{ème} siècle.

Les pionniers : certes en 1884 Lasègue (46) écrit que chez l'alcoolique apparaît une phase où l'appétit pour l'alcool n'étant plus seulement le résultat d'un désir de jouissance, il résulte de ce fait que la privation détermine chez lui un malaise général, une sorte de délabrement de l'estomac qui ne peut être calmé que par l'absorption du produit. Certes, à l'occasion en 1894 de la création de la première structure spécifique de soins pour alcooliques en France à Ville-Évrard, apparut à la charnière du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle un mouvement de réflexion intéressant (47). L'alcoolodépendance commença à être perçue sous des vocables divers et le mot alcoolomanie fit son apparition. En 1894 Joffroy (48), en 1895 Magnan (49, 50), puis en 1895 (51) et en 1896 (52) Marandon de Montyel font des comparaisons avec les drogues. Magnan et Sérieux (53) en 1896, Madame Legrain en 1903 (54), Sérieux en 1903 (55), Triboulet en 1905 (56) commencent enfin à intégrer à des degrés divers la notion de maladie ou celle de l'alcoolique en tant que malade, tandis que sont développées des conceptions thérapeutiques dont certaines étonnamment modernes par Magnan et Sérieux (53) en particulier.

En 1898, Ruyssen (57) introduit en France la notion d'alcoolodépendance en écrivant : "il y a alcoolisme lorsque du fait de l'usage continu de boissons alcooliques l'organisme entre dans une phase pathologique dont le premier terme est l'accoutumance à des produits toxiques, et le second, le besoin irrésistible d'en user", et il appelait la réunion de ces deux termes, "l'alcoolisme latent", celui-ci n'étant autre, en fait, que l'alcoolodépendance. Entrèrent dans ces vues Ladrage en 1901 (58) précédé par Broca, Sapelier et Thiébaud (59). Ces derniers tentèrent en 1899 de traiter cette dépendance par sérothérapie, travail repris en 1903 par Sapelier et Dromard (60), après Dromard 1902 (61), auteurs qui qualifièrent "l'intoxication alcoolique latente" d'"alcoolomanie". Or, dans un article daté de 1900, Legrain (62), le responsable de la seule structure de soins pour alcooliques existant en France, à Ville-Évrard, s'il critique avec justesse cette sérothérapie, attaque avec virulence la notion d'"alcoolisme latent". La période "d'alcoolisme latent" n'est "qu'un aspect possible du buveur"... Elle n'est pas une règle et "l'alcoolomanie est même une exception". La comparaison avec l'intoxication morphinique ne "semble pas heureuse". Enfin, dégoûter les gens de l'alcool, tout net, c'est équivalent à les dégoûter de rien. On reste stupéfait devant cet exemple des positions d'une personnalité aussi influente et l'on peut penser que de telles erreurs de perspective ont eu une influence paralysante sur l'avenir. Pour le grand public médical, l'alcoolique, objet d'un jugement péjoratif, reste le buveur excessif, finalement atteint de lésions somatiques dues à l'alcool (63).

La période pré-contemporaine : en milieu spécialisé ou psychiatrique, on subodorait certes l'alcoolodépendance sous le vocable d'alcoolomanie, mais cette alcoolomanie apparaissait le plus souvent comme une forme clinique particulière voire minoritaire de l'alcoolisme et il existait un flou conceptuel à son sujet. Par exemple en 1949, Duchêne (64) donnait une définition intéressante de l'alcoolisme qui marquait un net

progrès : “l'alcoolisme est essentiellement un trouble du comportement se manifestant par l'absorption de quantités nocives de boissons alcoolisées et dont le caractère pathologique essentiel est d'être irréductible ou tout au moins très difficilement réductible – par les arguments qui influencent généralement les conduites humaines : troubles ou perspectives de troubles graves de la santé, conséquences économiques familiales, professionnelles néfastes, etc.”. Or en 1962 il apporte bien des nuances aux mentions d'alcoolisme et d'alcoolomanie. “Le terme d'alcoolisme (ou celui d'alcoolomanie qui nous est proposé) recouvre des cas très divers dans leur structure clinique et plus encore dans leurs facteurs étiologiques. Ils n'ont en commun qu'un certain comportement : l'excès de boissons alcoolisées. Le terme d'alcoolomanie rencontre des résistances dans les milieux psychiatriques par l'assimilation phonétique qu'il suggère avec les toxicomanies : ce rapprochement est sans aucun doute évocateur et plausible pour une proportion notable des alcooliques : il constituerait pour de nombreux autres une erreur d'interprétation pathogénique” (65).

Certes pour Perrin et Lenne en 1961 (66) l'alcoolomanie, c'est la perte de la liberté vis-à-vis de l'alcool, certes pour Reiss-Brion en 1963 (67) l'alcoolomanie se définit par la dépendance à l'alcool. Toutefois Dublineau préfère encore en 1966 (68) parler de buveurs chroniques récidivistes dans ses études remarquables sur le suivi des patients en “post cure”. Ces quelques exemples d'imprécisions conceptuelles nosologiques et sémantiques permettent de souligner le rôle majeur de l'apport de Fouquet.

L'apport de Fouquet : à la suite d'écrits initiaux en 1951 et 1967, il introduisit dans la conscience médicale collective française la notion d'alcoolodépendance et créa le concept d'alcoolologie. Il s'ensuivit, surtout à partir de 1970-1975 et jusqu'à la fin du siècle, une véritable renaissance, ou plutôt une véritable naissance, de la pensée alcoolologique française. Fouquet par sa célèbre définition, “être alcoolique, c'est n'avoir pas la liberté de s'abstenir de boissons alcoolisées” (69), fait de l'alcoolodépendance le critère de l'alcoolisme. Il décrit trois types d'alcoolopathies comportementales, faites de troubles de la tolérance à l'éthanol et d'une installation de l'alcoolodépendance. Ces types sont isolés en fonction de la prédominance ou non d'un des trois facteurs constitutifs du syndrome alcoolique, facteur psychique, facteur de tolérance, facteur toxique, avec possibilité de l'apparition des complications organiques classiques (70). L'alcoolodépendance ne résume pas tous les problèmes induits par l'alcool, elle n'en représente qu'une partie. Le discours alcoolologique fera nécessairement intervenir un écosystème composé de l'individu, de l'alcool et du milieu. C'est pourquoi Fouquet a été amené à compléter sa définition de l'alcoolisme par celle de l'alcoolologie (71), discipline nouvelle qui intègre dans une vision de synthèse et de globalité les différents problèmes liés à l'alcool. Ses rapports avec l'addictologie, discipline encore plus récente, font l'objet de débats actuels.

Même si certains auteurs comme Adès (72) ont considéré que la notion de dépendance ne saurait constituer à elle seule un critère nosographique, il n'en demeure pas moins vrai que Fouquet a eu l'immense mérite de faire pénétrer la notion d'alcoolodépendance dans le grand public médical français qui la méconnaissait.

Cette prise de conscience fut confortée par l'apparition dans le cadre du marché commun d'une sorte d'uniformisation relative du type de consommation des pays anglosaxons ou nordiques avec celui des pays latins et viticoles. Il apparut de la sorte en France une diminution de la consommation du vin comme boisson de table, et une majoration de l'usage psychotrope de l'alcool, avec émergence des polytoxicomanies, alcool et cannabis, alcool, cannabis et tabac etc.

Ainsi était encore favorisée l'inversion du sens du mot alcoolique appliqué à l'homme. L'alcoolisé non alcoolique de Dromard (1902) dénommé de la sorte, car quasi indemne des stigmates organiques majeurs de l'alcoolisation, était devenu l'alcoolique de Fouquet, soumis à une évolution sémantique ultérieure avec l'emploi des termes d'alcoolodépendant, puis d'addicté à l'alcool. On peut espérer que la connaissance de cette évolution qui a conduit à considérer le sujet en problème d'alcool comme un malade et non pas comme un vicieux ne sera pas perçue comme un byzantinisme de spécialistes, mais comme un moyen d'éviter de lourds contresens en prenant en compte la date des différents écrits. La sémantique ne soutient-elle pas en effet le concept, d'où son importance.

REMERCIEMENTS

À l'Académie de médecine : Bibliothèque, Service de maintenance, projection et son.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) DROMARD G.R. - Les alcoolisés non alcooliques. *Thèse de médecine*, Paris, 1902, G. Steinheil, 183 p.
- (2) HUSS M. - *Chronische Alkoholskrankheit, oder Alcoholismus Chronicus. Ein Beitrag Kenntniss der Vergiftungs Krankheiten nach eigener und anderer Erfahrung*. Traduit du suédois en allemand avec révision de l'auteur par Gerhard von dem Busch, 2 vol., Stockholm, 1852 (titre original : Alcoholismus chronicus eller chronisk Alkoholssjukdom. Ett bidrag till dyskrasiernas k nneedom : enlight egen och andras erfarenhet Stockholm, 1849). Analyses par Renaudin (17), Lasègue (18) et Jellinek (19).
- (3) JACQUET L. - *L'alcool.  tude économique générale*. Préface de G. Clémenceau, 1 vol., 945 pages, Masson, Paris, 1912, p. 2-25.
- (4) PASTEUR L. - * tudes sur le vin, ses maladies. Cause qui les provoquent. Procédés nouveaux pour le conserver et le vieillir*, Imprimerie impériale, Paris, 1866, p. 56 ; ou Savy, Paris, 1873, 2 me édition, p. 53.
- (5) VALLERY-RADOT R. - *La vie de Pasteur*, Hachette, Paris, 1909.
- (6) DION R. - *Histoire de la vigne et du vin en France, des origines au XIXème siècle*, Paris, Impr. dezin-Doullens, 1959.
- (7) LACHIVER M. - *Vins et vigneron. Histoire du vignoble français*, Fayard, Paris, 1988.
- (8) FOUQUET P., de BORDE M. - *Le roman de l'alcool*, Seghers, Paris, 1985.
- (9) SOURNIA J.-Ch. - *Histoire de l'alcoolisme*, Flammarion, Paris, 1986.
- (10) NOURRISSON D. - *Le Buveur du XIXème siècle*, Albin Michel, Paris, 1990.
- (11) CRAPLET M. - Historique des conduite d'alcoolisation, in M. REYNAUD, *Traité d'addictologie*, Flammarion, Paris, 2006, p. 303-306.
- (12) HOFFER F. - *Histoire de la chimie depuis les temps les plus reculés jusqu'à notre époque*. II tomes, Hachette, Paris, 1842.
- (13) VILLERMÉ - *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Renouard, Paris, 1840, 316 p.
- (14) RACLE V. A. - De l'alcoolisme. *Thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine et de médecine légale)*, Paris, Baillère et fils, 1860, p. 43.
- (15) LANCERAUX E. - Alcoolisme (pathologie), in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dir. A. DECHAMBRE, T. II, p. 615-704, Asselin P. Sr., De Labe V., Masson et fils, Paris, 1865.
- (16) FILLAUT T. - *L'alcoolisme dans l'ouest de la France pendant la seconde moitié du XIXème siècle*, Prix Robert Debré 1982, La Documentation française, Paris, 1983.
- (17) RENAUDIN - De l'alcoolisme chronique par le Dr Magnus Huss, professeur de médecine clinique à l'Institut médico-chirurgical de Stocholm etc... analysé par M. Le Dr Renaudin, directeur de l'asile de Mareville, *Annales médico-psychologiques*, 1853, 5, p. 60-83.

- (18) LASÈGUE Ch. - De l'alcoolisme chronique (alcoholismus chronicus) envisagé surtout dans ses rapports avec la paralysie générale, *Archives générales de médecine*, 1853, 1, p. 49-65.
- (19) JELLINEK E.M. - Classics of the alcohol literature, Magnus Huss' Alcoholismus chronicus, *Quart. J. Stud. Alc.* 1943, 4, p. 85-92.
- (20) Troisième congrès national contre l'alcoolisme, Versailles 23-24-25 octobre 1969, Alcoolisme, maladie sociale, ses incidences économiques, in *Alcool ou Santé*, 1969, 96/97, 5/6, p. 4-119 ; 1970, 98/99, 1/2, p. 5-120.
- (21) MORIN J.-Y, COURTOIS P. - Alcoolisme, maladie sociale, *Annales médico-psychologiques*, 1970, 128, p. 221-235.
- (22) SIMONIN C. - *Médecine légale et judiciaire*, Maloine, Paris, 1955, p. 541.
- (23) HILLEMAND B., JOLY J.-P., LHUINTE J.-P. - De l'alcoolisme à l'alcoologie, ses rapports avec la médecine interne, *Revue de l'alcoolisme*, 1984-1985, 30 (4), p. 325-348.
- (24) HILLEMAND B. - Alcool, alcoolisme, alcoologie : repères historiques et nosologiques, *Alcoologie*, 1995, 17, n° 4/S. Lectures alcoologiques, aperçus historiques, p. 373-390.
- (25) RAINAUT J. - L'impossible définition scientifique de l'alcoolisme, *Cahiers de l'IREB*, 1984, 7, p. 131-137.
- (26) JELLINEK E.M. - *The disease concept of alcoholism*, College and University Press, New Haven Conn., U.S.A., 1960.
- (27) National council of alcoholism criteria committee. "Criteria for the diagnosis of alcoholism", *Am. J. Psychiat.*, 1972, 129, p. 127-135.
- (28) Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme. *Alcoolisme, Morbidité, Mortalité*, La Documentation française, Paris, 1981, p. 7-16.
- (29) IMBERT H. - L'alcoolisme chronique dans ses rapports avec les professions, *Thèse de médecine, Paris*, 1897, n° 398, Soc.d'éditions scientifiques, 83 p.
- (30) Association française pour l'avancement des sciences, "Le vin au point de vue médical et hygiénique", *Comptes rendus de la 31ème session*, Montauban, 1902, Masson, Paris, 1ère partie, p. 282-288.
- (31) TROTTER T. - *An essay on medical, philosophical and chemical on drunkenness and the effects on the human body*, London, 1804. Cité par Jellinek (26).
- (32) RUSH B. - *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind with an account of the means of preventing and the remedies for curing them*, Davies, New York, VIth ed., 1811.
- (33) MCCARTHY R.G. - Alcoholism : attitudes and attacks, 1725-1935, *The Annals of the American academy of political and social sciences, Understanding alcoholism*, jan. 1958 : 12-21 (Philadelphia Book Department).
- (34) CROTHERS T.D. - The disease of inebriety and its treatment, *IXth international medic. Congress*, 1, 1887, p. 188-193.
- (35) KOVALESKY P.J.- *Ivrognerie, ses causes et son traitement*, tr. du russe par Woldemar de Hostein, Sylberberg, Kharkhoff, 1889, 113 p.
- (36) American psychiatric Association, *DSM III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Coord. des trad. Pichot P., Guelfi J.D., Masson, Paris, 1983, p. 186-187.
- (37) EDWARDS G., GROSS M. - Alcoholodependance, provisional description of a clinical syndrome, *Br Med J*, 1976, 1, p. 1058-1061.
- (38) Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des maladies. Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, OMS, Genève, 1977, 9ème éd. (= ICD 9 en anglais).
- (39) KELLER M. - Termes employés en alcoologie, in *Incapacités à la consommation d'alcool*, par EDWARDS G., GROSS M., KELLER M., MOSER J., ROOM R. : OMS, Genève, 1977, p. 37 et 47.
- (40) EDWARDS G., GROSS M., KELLER M., MOSER J., ROOM R. - *Incapacités liées à la consommation d'alcool*, OMS, n° 32, Genève, 1977.
- (41) MORSE R.M., FLAVIN D.K. - The definition of alcoholism, *JAMA*, 1992, 268, p. 1012-1014.

- (42) Organisation mondiale de la santé, ICD 10, 1989, Draft of chapter V, "Mental and behavioral disorders", p. 50-60, OMS, Genève, 1989.
- (43) American Psychiatric Association, *DSM III R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 1987.
- (44) American Psychiatric Association, *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Coordinateur général de la traduction française, Guelfi J.D., Masson, Paris, 1996 (trad. de l'éd. américaine de 1995).
- (45) GOODMAN A. - Addiction : defintion and implication, *Br. J. Addict.* 1990, 85, p. 1403-1408.
- (46) LASÈGUE Ch. - *Études médicales. Tome I. L'appétit de la soif. La soif de l'alcool*, Asselin et Cie, Paris, 1884, p. 420-428.
- (47) HILLEMAND B. - Premières structures spécifiques de soins pour alcooliques en France. Centenaire, *Alcoologie*, 1995, 17, n° 4/S. Lectures alcoologiques. Aperçus historiques, p. 430-438.
- (48) JOFFROY A. - in *Discussion du rapport de Ladame*. De l'assistance et de la législation relative aux alcooliques. 5ème congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 6-11 août 1894, Clermont-Ferrand. Volume des rapports, Masson, Paris, 1895, p. 228-230.
- (49) MAGNAN V. - Des asiles d'alcooliques, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1895 (3ème série), 34, n° 29, p. 117-129.
- (50) MAGNAN V. - Intervention au Conseil supérieur de l'Assistance publique. (Paris) Session de mars 1895. Première session ordinaire de 1895, fasc. 52, 3ème séance. Intervention p. 2-5.
- (51) MARANDON de MONTYEL E. - La cure des buveurs, *Annales médico-psychologiques*, 1894, 7ème série, 20, p. 411-441.
- (52) MARANDON de MONTYEL E. - Le traitement de l'alcoolisme et la liberté individuelle, *Bulletin Gén. de Thérapeutique*, 1896, 130, p. 26-37, p. 69-84, p. 118-124.
- (53) MAGNAN V., SÉRIEX P. - Traitement de l'intoxication par l'alcool, in *Traité de thérapeutique appliquée*, fasc. III, chap. III, p. 125-162, Robin, Rueff & Cie, Paris, 1896.
- (54) LEGRAIN Mme - La cure des buveurs. Rapport présenté au congrès national contre l'alcoolisme à Paris, 1903, *Annales anti-alcooliques*, 1903 (consultable au Centre de documentation de l'ANPA, 20, rue Saint-Fiacre, 75002 Paris).
- (55) SÉRIEX P. - Conseil général de la Seine. *Rapport sur l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, Impr. municipale, Paris, 1903, 1006 p.
- (56) TRIBOULET H., MATHIEU F., MIGNOT R. - *Traité de l'alcoolisme*, Masson, Paris, 1905, 479 p.
- (57) RUYSSSEN Ch. - Projet d'un enseignement médical de l'anti-alcoolisme. *Thèse Médecine Lille*, 1898, n° 78, 139 p., Le Bigot frères édit.
- (58) LADRAGUE P. - Alcoolisme et enfants. *Thèse Médecine Paris, 1901*, n° 575, G. Steinheil.
- (59) BROCA, SAPELIER, THIÉBAULT - De l'intoxication alcoolique latente (alcoolomanie). Recherches expérimentales sur le sérum d'animal alcoolisé (antiéthylène). Essais cliniques, 1899. Archives de l'Académie de médecine, liasse 293.
- (60) SAPELIER et DROMARD - *L'alcoolomanie (intoxication alcoolique latente). Son traitement par le sérum antiéthylène*, Doin, Paris, 1903.
- (61) DROMARD G.R. - Les alcoolisés non alcooliques (étude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente, alcoolomanie). *Thèse Médecine Paris, 1902*, G. Steinheil, 183p.
- (62) LEGRAIN M. - La cure des buveurs, *Presse médicale*, 1900, 8, n° 8, p. 49-52.
- (63) HILLEMAND B. - L'évolution conceptuelle de la thérapeutique de l'alcoolodépendance, *Alcoologie*, 1995, 17, n° 4/S. Lectures alcoologiques. Aperçus historiques, p. 451-458.
- (64) DUCHÈNE H. - Les possibilités actuelles de traitement de l'alcoolisme, *Arch. Méd. Soc.*, Paris, sept.-oct. 1949, 5, n° 5, p. 225-295.
- (65) DUCHÈNE H., BAILLY-SALIN P. - Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie, *La revue de l'alcoolisme*, 1962, 8, n° 4, p. 305-320.

- (66) PERRIN P. et LENNE Y.- L'alcoolisme, *Synthèses cliniques*, 16, n° 2, p. 61. *Supplément des Monographies médicales et scientifiques*, Mars 1961, n° 91.
- (67) REYSS-BRION R. - La post-cure dans le traitement de l'alcoolisme, *La Revue de l'alcoolisme*, 1963, 9, n° 1, p. 13-32.
- (68) DUBLINEAU J. - La thérapeutique des buveurs récidivistes, *La Revue de l'alcoolisme*, 1966, 12, n° 1, p. 19-32.
- (69) FOUQUET P. - Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme, *L'Évolution psychiatrique*, 1951, 16, n° 2, p. 231-251.
- (70) MALKA R., FOUQUET P., VACHON-FRANCE G. - *Alcoolologie*, 2ème édition, Masson, Paris, 1986.
- (71) FOUQUET P. - Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoolologie, *Alcool ou Santé*, 1967, n° 82, p. 3-11.
- (72) ADÈS J. - Problèmes posés par les classifications et les définitions de l'alcoolisme, in *Données récentes sur l'alcoolisme*. Symposium du 27 novembre 1987, Paris, Goureau, Château-du-Loir, 1987.

RÉSUMÉ

En raison de divers facteurs qui sont évoqués, la première révolution industrielle a entraîné l'apparition de l'alcoolisme chronique, dégagé par Magnus Huss en 1849, avec deux composantes : des dégâts organiques dûs à l'alcool, et des troubles du comportement vis-à-vis de lui. Dans les pays viticoles où le vin était sociologiquement la boisson de table normale, ces derniers furent occultés avec une méconnaissance totale de l'alcoolodépendance. L'alcoolique était la victime des dégâts organiques de l'alcool. Ce fut quasi l'inverse en milieu anglo-saxon où consommer l'alcool en dehors des repas était utilisé pour son effet psychotrope très addictogène. L'alcoolique était donc l'alcoolodépendant. La tardive prise de conscience de l'alcoolodépendance en milieu socio-culturel français est relatée.

SUMMARY

Are analysed the factors of appearance with the first industrial revolution of the chronic alcoholism described by Magnus Hess in 1849. In France where table wine was the usual drink its links with the consequences of addiction were totally occulted while in Anglo-Saxon countries alcohol was used for its psychotropic effects. The evolution of the mind in France to the knowledge of addiction is related.

C. Gaudiot

Les origines de la législation sur les stupéfiants en France *

par François CHAST **

Pour simplifier, on pourrait aisément affirmer que l'histoire de la pharmacie se confond avec celle des "poisons". On ne les appellera "substances vénéneuses" qu'au XIX^{ème} siècle. C'est précisément au moment où ces poisons commencent à voir leur usage inquiéter la sécurité publique que les gouvernants tentent de placer quelque barrière à leur emploi. L'histoire allait faire naturellement des apothicaires puis des pharmaciens les "gardiens des poisons". Dans le domaine des poisons, il en est une catégorie particulière dont l'usage conduit à une consommation irrépressible et des troubles du comportement, caractéristiques. L'opium est l'archétype de ces poisons sources d'addiction.

Les poisons à l'origine de la réglementation

Accompagnant le *Traité des venins* de François Ranchin, ouvrage fondateur de la toxicologie au début du XVII^{ème} siècle (1), un document officiel, daté de 1635, porte le titre de "Règlements, statuts et ordonnances que les maîtres apothicaires observeront". Il précise qu'un apothicaire ne pourra délivrer un poison que s'il connaît la destination des poisons demandés. Un arrêté de police pris en 1664 prévoit la condamnation des "apothicaires espiciers et droguistes qui se mêlent de vendre des poisons, à 400 livres d'amende ou plus grande punition s'il échoit...". Ce qui n'empêche pas l'affaire "des poisons" d'éclater à la suite d'une impressionnante série d'empoisonnements qui agite Paris et la Cour entre 1672 et 1680 et qui conduit Louis XIV à promulguer, en juillet 1682, un édit prévoyant la peine de mort "pour la punition des maléfices, empoisonnements et autres crimes" (2).

Un siècle plus tard, l'édit royal du 10 avril 1777 permet de mettre en œuvre les premières dispositions réglementaires stipulant que les épiciers et toutes autres personnes que les apothicaires ne pourront "fabriquer, vendre et débiter aucuns sels, compositions, ou préparations entrantes dans le corps humain en forme de médicament", définissant ainsi le monopole pharmaceutique sur le commerce des poisons (3). Après l'échec du projet de réglementation de la vente des poisons de Félix Vicq d'Azyr présenté à l'Assemblée Nationale en 1790 (4), la loi fondatrice de la pharmacie française, du 21 germinal an XI (11 avril 1803), passait sous silence les poisons et évoquait simplement la nécessité de ne

* Comité de lecture du 17 janvier 2009.

** 1, place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris cedex 04.

“livrer et débiter préparations médicinales et drogues composées que d’après une prescription [médicale]”.

À l’aube du XIX^{ème} siècle, la découverte des principaux alcaloïdes crée le concept de substance pure (5) dont l’efficacité et la toxicité vont de pair. C’est la morphine qui inaugure cette période (6) avec la découverte, en 1817, de Friedrich Sertürner (7), et la cocaïne, découverte par Albert Niemann (8), qui la clôt, en 1860. Le *Formulaire* de François Magendie (9) est la première pierre d’un édifice qui bouleverse la pratique médicale, car il explique les relations étroites entre pharmacologie et toxicologie, montrant que les substances pures se fixent sur certains tissus de l’organisme pour en modifier la physiologie (10). Purifiés et en quasi libre circulation, les poisons commencent à faire des ravages quand éclate, en 1840, la retentissante “affaire Lafarge” à l’occasion de laquelle Marie Capelle, fille de notable, âgée de 26 ans, fut accusée (très probablement de manière injuste) d’avoir empoisonné son mari, Charles Lafarge, au moyen d’arsenic. Elle fut condamnée par la cour d’assises aux travaux forcés à perpétuité, malgré une défense acharnée et les avis divergents des experts (Orfila contre Raspail) (11). Le retentissement de l’affaire incita les pouvoirs publics à réagir (12).

La première législation (1845)

C’est sans doute la dimension émotionnelle soulevée par ce fait divers qui poussa Louis-Philippe I^{er} à promulguer, le 19 juillet 1845, une “loi relative à la vente, l’achat et l’emploi des substances vénéneuses”, doublée, le 29 octobre 1846, d’une ordonnance royale composée de trois parties (13). Le titre I fait état des dispositions relatives au “commerce des substances vénéneuses”. Le titre II évoque “la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens”. Le texte du 19 juillet 1845 mentionne pour la première fois les mentions obligatoires devant figurer sur une ordonnance prescrivant une ou plusieurs substances vénéneuses. Les infractions à la loi sont punies d’une amende de 100 à 3 000 francs et d’une peine de prison pouvant aller de six jours à deux mois. Ce texte est accompagné d’une liste de 72 substances, définies comme “vénéneuses”, parmi lesquelles plusieurs sont issues du pavot : l’acétate de morphine, le chlorure (chlorhydrate) de morphine, la codéine et ses préparations, le laudanum, la morphine et ses composés, la narcéine, la narcotine, l’opium. Un décret du 8 juillet 1850 publie une nouvelle liste des substances vénéneuses où figurent, sans plus de précisions, les “alcaloïdes végétaux vénéneux et leurs sels”, ainsi que l’“opium et son extrait”. Si les termes “stupéfiant” ou “narcotique” sont utilisés dans les textes médicaux, ces mots, en revanche, ne sont pas mentionnés dans la loi. De plus, l’utilisation détournée des dérivés ou des préparations à base d’opium à des fins toxicomanogènes n’est pas davantage reconnue. On en reconnaît seulement le danger.

Stupéfiant ? Depuis quand ?

La date d’apparition du terme “stupéfiant” en pharmacie et en médecine n’est pas clairement établie. Dès 1628, Ranchin utilise le terme “stupéfactif”. “Les médicaments narcotiques et stupéfactifs, écrit-il, sont froids...” (*Œuvres pharmaceutiques*, 1628, p.844).

Le *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences* indique : “Stupéfiant, adj. pris souvent subs., *stupefaciens*, du verbe latin *stupefacere*, étonner, étourdir, stupéfier. On donne ce nom en médecine à des productions végétales qui ont la faculté de produire la stupeur, de diminuer le sentiment et le mouvement. Le mot stupéfiant est synonyme de narcotique”. Sont citées, les plantes suivantes : “la jusquiame, la belladone, le stramonium, l’aconit, la ciguë, le tabac, l’opium, etc.” (14).

L'Encyclopédie méthodique de 1830 précise : “agents thérapeutiques capables de produire par leur action sur le système nerveux, et sur le cerveau en particulier, un état d’engourdissement général, une diminution considérable de la sensibilité et le mouvement, avec assoupissement et somnolence : accident qui caractérise plus particulièrement le narcotisme. Or, les stupéfiants (...) ne sont presque jamais prescrits par le médecin pour provoquer la stupéfaction. Celle-ci est le plus ordinairement le résultat accidentel de trop fortes doses de médicaments sédatifs : cette action vénéneuse ne devant pas nous occuper ici, nous renvoyons nos lecteurs aux articles “Narcotiques” et “Poisons”.” (15).

Dans la 2ème édition (1841) du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, Trousseau et Pidoux intitulent “Médicaments stupéfiants” un chapitre consacré à l’opium, mais aussi à la belladone, à la mandragore, au datura, au tabac, à la jusquiame, à la douce-amère, à la laitue, à l’aconit, à la ciguë, aux cyanures, aux amandes amères, au laurier-cerise (16). Il s’agit donc d’une liste très éloignée de celle qui sera adoptée en 1916. Les auteurs indiquent qu’on entend par “stupéfiant” les médicaments qui impriment aux centres ou aux conducteurs nerveux une modification en vertu de laquelle les fonctions du système nerveux sont abolies ou notablement diminuées (...) Ils diminuent l’intelligence, la sensibilité et le mouvement”.

Les colonies, pourvoyeuses d’opium

Au tournant du siècle, l’opium est à la mode dans la Marine française comme dans les milieux littéraires et mondains (17). Partant de Chine, l’opiomanie a suivi le chemin du trafic maritime, remontant vers les grandes métropoles après une escale dans les grands ports. L’aventure coloniale en particulier en Cochinchine acheva de faciliter l’assimilation entre le colonial et l’opiomane, mais apporta également des revenus substantiels à l’État (Fig.1). En France, le processus de dissémination des fumeries répondait à ce besoin de “tirer sur le bambou”, acquise en Asie, qui accompagnait le retour des marins, soldats, négociants ou fonctionnaires rentrant au pays, et que décrit magnifiquement Victor Segalen (18). Ce sont d’abord les ports de Toulon et de Marseille qui furent “contaminés”. La pratique qui se propagea progressivement à d’autres villes portuaires telles que Rochefort, Brest et Cherbourg, avant d’atteindre Paris ou Lyon (19). La Capitale compte, en 1914, 1 200 fumeries, plus ou moins clandestines. *Le Petit Journal* publie le 5 juillet 1903 un article édifiant : “Un vice épouvantable, spécial, jusqu’à ces dernières années, aux peuples (...) de l’Extrême-Orient, tend à se répandre en France où nous n’avions cependant guère besoin de cette nouvelle calamité (...). Cherbourg, Toulon et d’autres villes du littoral méditerranéen, Paris même, possèdent maintenant des fumeries d’opium, qui se cachent encore, comme honteuses de leur existence sur notre sol. Ce vice, si dangereux pour la santé physique, morale et intellectuelle de notre race, a été importé en France par quelques fonctionnaires coloniaux. Pour occuper leurs trop nombreux loisirs dans les postes lointains, ils ont pris,

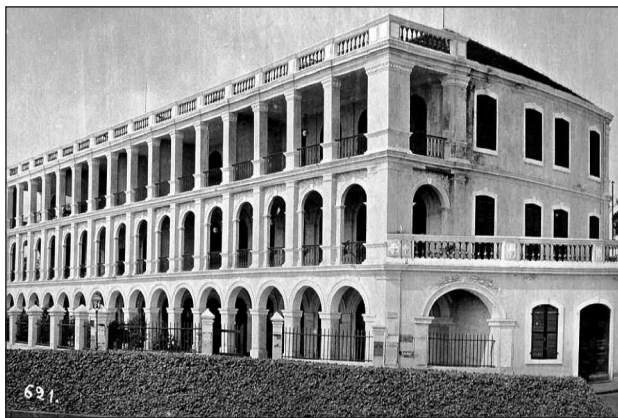


Fig. 1 : La régie de l’opium à Saïgon au début du XXème siècle.

peu à peu, l'habitude d'entrer dans ces repaires immondes où s'absorbent en fumée la folie et la mort".

L'opium avait été popularisé par les mangeurs et buveurs d'opium dont le "vice" se répandit dans les années 1810 - 1820. En 1822, Thomas de Quincey a décrit la situation à Londres : "Trois pharmaciens de Londres, dans des quartiers pourtant reculés, affirment (en 1821) que le nombre des amateurs d'opium est immense, et que la difficulté de distinguer les personnes qui en ont fait une sorte d'hygiène de celles qui veulent s'en procurer dans un but coupable est pour eux une source d'embarras quotidiens" (20). Ce qui n'empêchait pas les préparations pharmaceutiques d'opium comme les pilules d'opium ou le *laudanum de Sydenham*, de rester très "médicalisées" et largement utilisées dans le cadre du traitement des "névralgies", vocable traduisant au XIX^{ème} siècle les douleurs chroniques. On les préconisait aussi, avec insouciance et enthousiasme, dans le diabète, l'anémie, l'angine de poitrine, la nymphomanie, la folie, la syphilis, l'alcoolisme..., l'opio-manie se répandit dans la société "civile" avec une facilité déconcertante.

La France de la Belle Époque, fascinée par la fumerie d'opium, autorise Claude Farrère à publier en 1904 *Fumée d'opium*, recueil de nouvelles, quelque peu apologétique d'un opium conjuguant l'exotisme, l'érotisme et la créativité (21), légende dont les tenants ont fait l'objet d'une remarquable anthologie : *La littérature des intoxiqués*, d'Arnould de Liedekerke (22). L'affaire Ullmo marque probablement un tournant dans la "tolérance" des pouvoirs publics à l'égard de la consommation libre de l'opium dans la métropole. Charles Benjamin Ullmo, jeune officier opiomane, déroba d'importants documents confidentiels de la Royale et tenta de les revendre à un agent allemand. Ayant échoué dans sa transaction, Ullmo adressa au Ministère une lettre de chantage. Démasqué, il fonda sa défense sur l'altération de sa personnalité par l'opium. L'affaire Ullmo aboutit à la restriction du commerce de l'opium en France par le décret du 1^{er} octobre 1908 permettant de poursuivre les individus soupçonnés de détention ou de préparation d'opiacés (23). Malheureusement, ce texte trop imprécis n'apporta pas les résultats espérés et la France devint l'une des principales plaques tournantes du commerce international de stupéfiants d'autant que la taxation du commerce de l'opium apportait une manne financière consistante au budget de l'État.

L'impact du développement des injections

L'innovation pharmaceutique avait joué, entre temps, un rôle important dans l'apparition d'un outil particulièrement insidieux pour le développement de la toxicomanie : la seringue hypodermique inventée par l'Écossais Alexander Wood (24) et le Français Charles Gabriel Pravaz (25). La reproductibilité et la rapidité des effets étaient spectaculaires. Wood préconisa l'emploi sous-cutané de la morphine dès 1855, bien que l'administration d'opiacés par voie parentérale fût nettement plus toxicomanogène que l'administration par voie orale (26). Il est vrai que lors de son administration par voie "endermique", proposée par Armand Trousseau qui en appliquait quelques "grains" sur un derme dénudé, celui-ci observait déjà des résultats "stupéfiants" (27). Les injections, préconisées à l'Hôtel-Dieu de Paris par Louis Jules Béhier, permettaient d'obtenir une action encore plus rapide et "plus sûre".

L'extension de la morphinomanie

Les "nantis" s'adonnaient à la morphine dans un cadre récréatif et sa production s'industrialisa à partir d'un opium dont la "qualité" se renforçait. Son prix baissait et elle devenait accessible au plus grand nombre grâce à un prix quasiment inférieur à celui de

l'alcool, diffusant dans un contexte économique favorable. Dans les années 1880, l'usage récréatif de la morphine était à son apogée. En dehors du monde médical et paramédical qui constitua longtemps le milieu le plus touché par la morphinomanie, c'est dans les cercles bourgeois et littéraires que la "fée grise" comptait ses adeptes : femmes du monde, hommes politiques et intellectuels. La "morphinée" était une



Fig. 2 : *La morphine*, par Georges Moreau de Tours, 1886.

femme de médecin ou de notable qui s'adonnait à la morphine pour tromper l'ennui, contingent de son oisiveté (Fig. 2). Elle n'hésitait pas à dissimuler dans sa jarrettière la seringue de Pravaz prête à l'emploi, pour tenir la distance au cours d'interminables soirées mondaines auxquelles elle ne pouvait se dérober. Elle pouvait aussi être une prostituée, une "demi-mondaine", que la morphine aidait à supporter une vie intolérable (28) (Fig. 3).

La morphine au Salon (Fig. 2)

Une peinture de Georges Moreau de Tours, intitulée "La morphine", a été exposée au Salon en 1886. Elle décrit de manière très curieuse, l'emploi récréatif de la morphine chez deux femmes issues d'un milieu apparemment aisé. Elle fut exposée avec la notice suivante : "à petites doses et même à doses assez élevées, la période de prostration est précédée d'une période d'excitation très courte" (Drs Désiré Bourneville et Paul Bricon, *Progrès Médical*) (29) Le tableau attire l'attention du *Petit Journal*, le 21 février 1891.

Un phénomène identique fut observé aux États-Unis. Une première vague de toxicomanie à la morphine voyait le jour vers 1860, principalement dans la population féminine, dite "middle-class", conséquence d'une prescription immodérée de morphine par bon nombre de médecins, pour des affections extrêmement diverses, grâce à des préparations vendues



Fig. 3 : *Eugène Grasset, La morphinomanie*, chromolithographie, 1897.

“over-the-counter” (OTC). On en prescrivait par exemple aux femmes comme traitement des épisodes dépressifs du *post-partum* (30)... mais elle était également prescrite comme sédatif à usage infantile afin que mamans et bébés passent de “meilleures nuits”. Ainsi, initialement bien identifiée comme médicament, la morphine quitta, dans les années 1860 à 1880, le domaine médical, pour gagner le champ de l’hédonisme (31). Dès lors, les gouvernements se devaient d’intervenir... Le premier pays occidental à légiférer spécifiquement sur les “stupéfiants” fut, en 1868, le Royaume-Uni.

Naissance du concept médical de toxicomanie

Les pharmaciens britanniques, résolument engagés dans le combat contre la toxicomanie, s’ingénierent à trouver des substituts à la morphine. C’est précisément parce qu’il recherchait un analogue des préparations d’opium pouvant se substituer à la morphine, qu’en 1874, le pharmacien anglais C.R. Alder Wright, assistant de chimie au Saint Mary’s Hospital à Londres, traita la morphine et la codéine avec différents acides et des anhydrides organiques pour obtenir la diacétylmorphine dont F.-M. Pierce (Owens College, Manchester) examina les propriétés pharmacologiques en 1874 pour souligner son activité narcotique. Ces travaux, restés inexploités, ne furent repris que dix ans plus tard, par le chimiste allemand Joseph von Mering, brillant chef de laboratoire des laboratoires Merck, à Darmstadt. Ce “médicament héroïque” fut commercialisé sous le nom

d’héroïne, en 1898, par la firme Bayer où Heinrich Dreser étudia ses effets pharmacologiques : “aussi efficace et plus sûre que la morphine”. Cinq ans après sa mise sur le marché aux États-Unis, l’American Medical Association avait déjà entamé une campagne de mise en garde à l’égard du pouvoir toxicomanogène de l’héroïne, abusivement présentée comme un excellent antitussif (32). Contrairement à ce que Dreser pensait (ou disait), il s’agissait, en réalité, d’un médicament doué d’un risque toxicomanogène majeur. Comme on pouvait s’y attendre, peu à peu, l’emploi illicite de l’héroïne prit le pas sur ses applications thérapeutiques au demeurant limitées (Fig. 4).

À l’instar des opioïdes, l’emploi de la cocaïne fut largement popularisé dès son premier emploi médical en

L'ASPIRINE

HÉROÏNE

(Diacétylmorphine)

Agit remarquablement contre la *dyspnée* et contre la *toux* des *Phthisiques* et *Tuberculeux*, ainsi que dans les affections des *Voies respiratoires*, *Bronchites*, *Laryngites*, *Pharyngites*, *Asthmes bronchiques*, etc...

Pas d'accoutumance. Pas d'habitude.

Recommandée pour soigner les morphinomanes ou les personnes susceptibles de le devenir.

Doses. — *Usage interne* : 6 à 10 comprimés de 0 gr. 0025 Héroïne pure, par jour, pour adultes.

En *injections* : 0 gr. 003 à 0 gr. 01 de Chlorhydrate d'Héroïne.

Pas de douleur. Action presque immédiate.

Comprimés d'Héroïne - Vicario dosés à 0 gr. 0025.

Comprimés de Chlorhydrate d'Héroïne-Vicario dosés à 0 gr. 005 pour injections hypodermiques.

Demander Brochure et Echantillon, envoyés gratuitement.

Fig. 4 : Publicité « Héroïne », vers 1905.

(Brochure des Laboratoires Bayer)

1884. C'est dans le cadre de l'ophtalmologie que Carl Koller proposa son usage pour ses propriétés anesthésiques locales spectaculaires, sur le conseil de son ami viennois, Sigmund Freud. La cocaïne fut très largement utilisée pendant une vingtaine d'années, en particulier en ophtalmologie, ORL et stomatologie. Les anesthésiques locaux de synthèse, plus actifs et moins dangereux, la détrônèrent rapidement et son intérêt pratique fut très sérieusement contesté dès 1903 avec la préparation des premiers dérivés anesthésiques de synthèse non toxicomanogènes : Stovaïne (Fourneau, 1904) et Procaïne (Einhorn, 1904) (33).

Morphine, héroïne, cocaïne, autant de raisons de prendre en considération les dérives d'usage qui marquaient la vie de ces substances qui, en principe, n'étaient que des médicaments. L'édition de la *Pharmacopée Française*, publiée en 1908 (34), tint compte d'un certain nombre d'éléments nouveaux et d'une méfiance naissante à l'égard des médicaments dérivés de l'opium : l'élixir parégorique devait être, désormais, dilué de moitié, le laudanum, de vingt pour cent, la teinture d'opium correspondait à un vingtième d'extrait d'opium (et renfermer un pour cent de morphine contre un treizième auparavant), le soluté de cocaïne renfermait un centième de son poids de chlorhydrate au lieu de un cinquantième ; le soluté de morphine était dilué au cinquantième au lieu du vingt-cinquième, enfin la poudre d'opium devait renfermer dix pour cent de morphine, etc. De nombreux ajustements de la concentration des préparations traduisaient bien l'expression d'une prise de conscience des autorités ministérielles et académiques.

Dans la liste des substances vénéneuses, qui, selon la *Pharmacopée*, devaient "être tenues dans un endroit sûr et fermé à clé", figuraient :

Cocaïne	Extrait d'opium	Opium
Cocaïne chlorhydrate	Laudanum de Sydenham	Poudre d'opium
Codéine	Morphine	Teinture d'opium
Codéine phosphate	Morphine chlorhydrate	

La sensibilisation évidente que traduisaient ces mesures allait devenir d'autant plus aiguë, que des circonstances nouvelles, issues du progrès pharmacologique, des données socio-économiques, et de l'environnement politique préparaient davantage les pouvoirs publics à affronter ce qui devenait un véritable fléau pour la santé des Français.

La Grande Guerre précipite les décisions répressives

Le climat était au soupçon à l'égard de la profession pharmaceutique. Dans son ouvrage de 1906, *Opium, morphine et cocaïne*, le doyen Paul Brouardel, après avoir présenté les effets de ces différents médicaments, propose un chapitre consacré à divers "cas" judiciaires intitulés "Pièces annexes" (35). Le pharmacien y est régulièrement décrit comme "complice d'homicide". Il indique que, d'abord confinée au milieu médical ou pharmaceutique, la morphinomanie s'est largement répandue dans la société. "Il est temps, ajoute-t-il, d'appeler l'intervention de l'autorité publique". D'autant que la cocaïnomanie s'est ajoutée à la morphinomanie. "C'est contre ces deux poisons qu'il faut tenter la lutte. Mais ce n'est pas la morphine, médicament si précieux qu'il faut viser, mais les morphinomanes". Il suggère de faire cesser toute équivoque "en interdisant formellement aux pharmaciens d'exécuter plus d'une fois les prescriptions de morphine ou de cocaïne". Brouardel dénonce également un phénomène passé longtemps inaperçu : le maintien d'un commerce de médicaments aussi dangereux que la morphine, par des droguistes, en contravention avec les dispositions de la loi du 19 juillet 1845 et du décret

de 1846. “Les marchands de produits chimiques, écrit-il, délivrent au premier venu, avec une facilité déplorable, les quantités les plus énormes de morphine et de cocaïne”.

C’est en pleine guerre, à un moment où les yeux de la Nation, embués de larmes, étaient fixés sur les tranchées de Verdun que le Parlement français adopta à l’unanimité une grande loi sur les substances vénéneuses. Cent ans plus tôt, les guerres napoléoniennes avaient joué un grand rôle dans le développement de la consommation d’opium en France mais, aussi le haschich “popularisé” par la Campagne d’Égypte et qui, selon la formule de Théophile Gautier, finit “par remplacer le champagne”.

Simultanément, l’évolution des armements accrut l’atrocité des blessures de guerre, alors que les progrès de la chirurgie militaire permettait la survie de soldats blessés qui jusqu’alors ne survivaient pas à leurs mutilations. Après Solférino (1859), la Guerre de Sécession aux États-Unis (1861-1865), la Guerre franco-prussienne de 1870, donnèrent naissance aux premières “épidémies” de toxicomanie observées chez les soldats démobilisés. L’opiomanie puis la morphinomanie et enfin l’héroïnomanie devinrent, jusqu’à la fin de la guerre du Vietnam, la “maladie du soldat” (36).

Il est vraisemblable que la prise de conscience n’aurait pas vu le jour sans la Conférence internationale de Shanghai (1909) et surtout la Convention de l’opium de La Haye (1912) qui avaient renforcé la lutte contre le trafic d’opium (37). À La Haye, on prit conscience de la nécessité, pour chaque pays, de se doter d’une législation visant à restreindre l’emploi des “narcotiques”. Le chapitre III de la résolution finale indiquait l’obligation pour chacun des pays signataires de contrôler chaque étape de la préparation et de la distribution de l’opium, de la morphine, de l’héroïne, de la cocaïne, ainsi que de tout nouveau dérivé qui pourrait avoir de semblables propriétés (38).

La première guerre mondiale et son innombrable cortège de blessés, de “gueules cassées” et d’amputés, n’a pas été sans responsabilité dans les décisions prises durant l’été 1916. L’hécatombe des Ardennes, de la Marne, de Verdun n’aura d’autres conséquences que de sceller le sort d’une législation qui avait déjà été arrêtée par les Anglo-



Fig. 5 : Dominique Delahaye,
sénateur du Maine-et-Loire
(Bibliothèque du Sénat)

Saxons dans un contexte international de verrouillage du commerce de l’opium. La France ne fera que s’appliquer des décisions déjà prises dans les pays anglo-saxons. Les États-Unis venaient d’adopter la loi du 17 décembre 1914, le “Harrison Act”, qui introduisit, outre Atlantique, la première législation restrictive quant à l’emploi des substances stupéfiantes.

Le Sénateur Dominique Delahaye (Fig. 5), élu du Maine-et-Loire, issu d’un milieu catholique et conservateur d’Angers, entré en politique au moment de la séparation de l’Église et de l’État et proche des milieux boulangistes, rapporteur du projet de loi, dénonce à la tribune “une des invasions les plus dangereuses de nos “amis” les boches”. Cocaïne, morphine et héroïne, sont, en effet, des “poisons boches” !

Pourtant, contrairement à ce qui s’est passé en Grande-Bretagne, les pharmaciens français sont très réticents à l’égard d’une législation qu’ils jugent trop

contraignante. Ils y voient une manière de soupçon ne décrivant que les infractions et le tarif de leur punition. Il est vrai que cette complexité croissante de la législation pharmaceutique se traduit à tous les niveaux de l'exercice professionnel, notamment pour l'étiquetage des préparations magistrales, à une époque où les spécialités pharmaceutiques industrielles sont quasiment absentes du circuit commercial ou font l'objet d'une curieuse tolérance. Ainsi, Henri Martin, membre de la Société de pharmacie de Paris, s'insurge-t-il : "les trafiquants de cocaïne, tenanciers de fumeries clandestines et autres fournisseurs de paradis artificiels sont des personnages bien déplaisants : non contents d'intoxiquer leurs contemporains, ils empoisonnent jusqu'à la législation pharmaceutique (...). En 1916, l'expérience ayant montré que les pénalités trop douces de 1845 ne suffisaient pas à réprimer la déplorable fourniture de "coco" ou de l'opium à fumer, nous voyons notre législation spéciale se compliquer d'une nouvelle catégorie officielle de toxiques, celle des stupéfiants (39). Henri Martin pose une question clé : qu'est-ce qu'un stupéfiant ? Il est vrai qu'il n'en existe aucune définition pharmacologique ou toxicologique. Il n'existe, en réalité, en 1916, qu'une définition juridique qui a le mérite de la simplicité : est médicament stupéfiant tout médicament inscrit sur la liste des stupéfiants. Henri Martin conclut sa présentation de la loi du 12 juillet 1916 de la manière suivante : "rien de tout cela n'est inquiétant pour les pharmaciens de bonne foi". Il poursuit toutefois avec une grande précision l'analyse du décret d'application en date du 14 septembre 1916. La question de la médecine vétérinaire et la possibilité pour les vétérinaires de disposer de ces substances avait en effet été évoqué. De la même manière, l'Académie de médecine avait été soupçonnée par les pharmaciens d'une position sur le non-renouvellement des ordonnances, essentiellement fondée sur la préoccupation d'un retour fréquent des malades en consultation ce qui ne manquait pas de conforter le revenu des médecins.

Les réactions furent parfois violentes, même si certaines d'entre elles furent un peu tardives comme celle du poète Antonin Artaud (40).

Monsieur le législateur,

Monsieur le législateur de la loi de 1916, agréementée du décret de juillet 1917 sur les stupéfiants, tu es un con. Ta loi ne sert qu'à embêter la pharmacie mondiale sans profit pour l'étiage toxicomanique (*sic*) de la nation parce que

- 1° Le nombre des toxicomanes qui s'approvisionnent chez le pharmacien est infime ;
- 2° Les vrais toxicomanes ne s'approvisionnent pas chez le pharmacien ;
- 3° Les toxicomanes qui s'approvisionnent chez le pharmacien sont tous des malades ;
- 4° Le nombre des toxicomanes malades est infime par rapport à celui des toxicomanes voluptueux ;
- 5° Les restrictions pharmaceutiques de la drogue ne gêneront jamais les toxicomanes voluptueux et organisés ;
- 6° Il y aura toujours des fraudeurs ;
- 7° Il y aura toujours des toxicomanes par vice de forme, par passion ;
- 8° Les toxicomanes malades ont sur la société un droit imprescriptible, qui est celui qu'on leur foute la paix.

(...).

Messieurs les dictateurs de l'école pharmaceutique de France, vous êtes des cuistres rognés : il y a une chose que vous devriez mieux mesurer ; c'est que l'opium est cette imprescriptible et impérieuse substance qui permet de rentrer dans la vie de leur âme à ceux qui ont eu le malheur de l'avoir perdue. Il y a un mal contre lequel l'opium est souverain et ce mal s'ap-

pelle l'Angoisse, dans sa forme mentale, médicale, physiologique, logique ou pharmaceutique, comme vous voudrez.

(...)

Rentrez dans vos greniers, médicales punaises, et toi aussi, Monsieur le Législateur Moutonnier, ce n'est pas par amour des hommes que tu déliras, c'est par tradition d'imbécillité. Ton ignorance de ce que c'est un homme n'a d'égale que ta sottise à la limiter.

Je te souhaite que ta loi retombe sur ton père, ta mère, ta femme, tes enfants, et toute ta postérité. Et maintenant avale ta loi.

Bien qu'elle fût l'un des principaux acteurs du commerce de l'opium à l'échelle internationale, la France adopta en 1916 cette loi qui interdisait de manière formelle "l'importation, le commerce et l'usage de substances vénéneuses" (...) complétée, peu après, par un décret en date du 14 septembre 1916 créant le délit de "détention". Ces dispositions furent renforcées par la loi du 13 juillet 1922 et le décret-loi du 29 juillet 1939 faisant de la législation française l'une des plus rigoureuses en Europe. En pratique, les dispositions de 1916 classaient les substances vénéneuses en trois catégories "inscrites" sur des tableaux dits A, B et C. Le tableau A comportant les "toxiques ordinaires", le tableau C, les "produits dangereux". Quant au tableau B, il était constitué par les "stupéfiants" dont la liste était ainsi constituée : opium, extraits et poudre, morphine et ses sels, héroïne et ses sels, cocaïne et ses sels, haschich et ses préparations. La loi punissait les infractions d'une manière plus dissuasive que les textes de 1845. Elle stigmatisait les "ordonnances fictives" et la détention illégale de stupéfiants. Le décret d'application introduisit également la notion de dose d'exonération, prévoyant la fixation d'une limite au-dessous de laquelle la réglementation des tableaux A et B cessait d'être applicable. Les doses d'exonération étaient fixées pour chacune des substances concernées par un arrêté du Ministre de l'intérieur, pris sur avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Pour le tableau B, l'interdiction de renouvellement des ordonnances (Article 38), l'interdiction d'une délivrance en nature, et une durée de validité maximum de la prescription de sept jours étaient d'autres éléments saillants du nouveau dispositif. Enfin, une disposition permettait d'exonérer les préparations destinées à la voie externe. Au total, la législation de 1916 précisait de nouvelles obligations tant pour les médecins prescripteurs que pour les pharmaciens dispensateurs, mais aussi pour les malades qui étaient considérés comme de potentiels sinon probables toxicomanes.

Un XX^{ème} siècle prohibitionniste

Avec la loi de 1916 on passait d'un excès à l'autre, entretenant la confusion entre malades et toxicomanes, médecins et pourvoyeurs, pharmaciens et trafiquants. Au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, les obstacles à la prescription des médicaments classés comme stupéfiants allaient être renforcés par le décret du 19 novembre 1948 (41). Les règles générales étaient très claires : "sont interdits, à moins d'autorisation, la fabrication, la transformation, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation, l'exportation des substances inscrites au tableau B, et, d'une manière générale, toutes opérations industrielles et commerciales relatives à ces substances". On ne pouvait être plus radical ! Ce qui marqua ce texte, au demeurant assez semblable, sur le fond, à celui de 1916, fut l'obligation du recours à un carnet de prescription à souches : "À l'exception de celles prescrivant des liniments et pommades, les ordonnances prescrivant des préparations contenant des substances du tableau B à des doses dépassant les doses d'exonération (...), seront rédigées, après

examen du malade, sur des feuilles extraites d'un carnet à souches". (Art. 49. 2ème alinéa).

Dès lors, la prescription de ces médicaments s'en trouva sensiblement découragée. Cette situation contribua à établir autour des médicaments opioïdes, un véritable "no man's land" médical. Au point qu'en quelques décennies, le corps médical français allait presque jusqu'à oublier l'existence de ce précieux médicament qu'est la "morphine". Pour autant, en France, l'héroïne ne fut interdite à l'usage médical qu'en 1962 et sa présence sur le territoire, bannie en 1971. Si les années 1920 – 1970 furent marquées par un recul de la qualité de la prise en charge de la douleur, l'expansion des toxicomanies n'était pas le moins du monde freinée sauf, semble-t-il entre 1931 et 1936 (42). Un nouveau tournant devait être pris en 1970 avec le vote de la loi du 31 décembre relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, modeste paravent au développement d'une filière française du commerce de l'héroïne, la tristement célèbre "French Connection". La France, pas plus que les autres pays occidentaux, n'a su régler le problème du "trafic de la drogue". Charles Vaille, pharmacien inspecteur général, concluait, dans un rapport officiel de 1983 : "Malgré les moyens mis en œuvre, l'évolution épidémiologique des toxicomanies aux drogues en France s'est constamment traduite par une courbe ascendante" (43).

Conclusion

Alors que le XIXème siècle fut celui des découvertes de la morphine, de la cocaïne, de l'héroïne, le XXème siècle fut celui de leur "radiation". Une confusion permanente entre médicaments classés comme stupéfiants et lutte contre la toxicomanie fit quasiment perdre à ces substances leur statut thérapeutique. C'est le "Mouvement des Hospices", au Royaume-Uni, qui permit, dans les années 1970, la réhabilitation de l'emploi des opioïdes, en particulier la morphine en cancérologie. L'Organisation mondiale de la santé favorisa cette approche en fondant la lutte contre la douleur comme objectif majeur, comme si elle plaçait la douleur au rang de maladie qu'il convenait d'éradiquer (44). Pour faciliter la prescription des opioïdes, elle proposa un schéma d'utilisation (les trois "paliers de l'OMS") diffusé dès 1983 mais qui ne fut utilisé, en France, qu'à partir des années 1990. Un autre élément déterminant, facilitant la prescription des médicaments stupéfiants, fut la diffusion de nouvelles spécialités pharmaceutiques de morphine à libération prolongée (45). De nombreuses résistances ont freiné ces changements, mais le pragmatisme l'a emporté dans les dernières années du XXème siècle avec la simplification des procédures de prescription et de gestion des stupéfiants (46) à nouveau considérés comme de vrais médicaments lorsqu'ils soulagent efficacement la douleur des malades.

NOTES

- (1) RANCHIN F. - *Œuvres pharmaceutiques à savoir un Traité général de la Pharmacie, ensemble un docte Commentaire sur les quatre Théorèmes et Canons de Mésué, avec deux excellents Traités, l'un des simples Médicaments Purgatifs ; et l'autre des Venins*, Pierre Ravaud Éditeur, Lyon 1628. 876 pages. L'opium fait l'objet d'un rapport : p 840-847.
- (2) LELEUX C. - *Le poison à travers les âges*. Lemerre, Paris, 1923. p. 134-176.
- (3) FABRE R., DILLEMANN G. - *Histoire de la Pharmacie*, PUF, Paris, 1963.
- (4) VICQ D'AZYR F. - *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France, présenté à l'Assemblée nationale par la Société royale de Médecine*, Paris, 1790.

- (5) CHAST F. - *Histoire contemporaine des médicaments*, La Découverte, Paris, 2002.
- (6) SCHMITZ R. - Friedrich Wilhelm Sertürner and the Discovery of Morphine, *Pharmacy in History*, 27 (1985): 61-74.
- (7) SERTUENERER F. - Ueber das Morphiun, eine neue salzfähige Grundlage, und die Mekonsäure, als Hauptbestandtheile des Opiums, *Gilbert Annalen der Physik* 55: 56-89, 1817.
- (8) NIEMANN A. - Ueber eine neue organische Base in den Cocablättern. *Archiv der Pharmazie* (1860). 153 (2) : 129 - 256.
- (9) MAGENDIE F. - *Formulaire pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicaments tels la noix vomique, la morphine, etc.*, Méquignon-Marvis, Paris, 1822.
- (10) HOLMES F.L. - La physiologie et la médecine expérimentale, in *Histoire de la Pensée Médicale en Occident*, (T. III Du romantisme à la science moderne : p. 60-78), sous la direction de M.D. GRMEK., Le Seuil, Paris, 1998.
- (11) COULET A. - Du nouveau sur l'affaire Lafarge, *Les Petites Affiches*, Juillet 2004.
- (12) MALEISSY J. (de) - *Histoire du poison*, F. Bourin, Paris, 1991, p. 241-251.
- (13) Ordonnance du roi sur la vente des poisons. In *Journal de Pharm. et Chim*, 3ème série, T. X (1846) : 433-436.
- (14) *Dictionnaire des sciences médicales*, par une société de médecins et de chirurgiens, Panckoucke, Paris, 1821. Vol. 53. Article "stupéfiant", p. 52- 67.
- (15) *Encyclopédie méthodique*, par une Société de médecins, Agasse, Paris, 1830. Vol. 13. p. 142.
- (16) TROUSSEAU A., PIDOUX H. - *Traité de Thérapeutique et de Matière Médicale*, 8ème édition. P. Asselin, Paris, 1869, p. 112-300.
- (17) BUTEL P. - *L'opium, histoire d'une fascination*, Perrin, Paris, 1995, p. 334-350.
- (18) SEGALIN V. - *Correspondance, 1893-1912*, Fayard, Paris. 3 vol.
- (19) MIRABEN G. - Comment on fume l'opium, *Revue politique et littéraire*, N° 11, 1912, p. 342.
- (20) BAUDELAIRE C. - Un mangeur d'opium (I., Précautions oratoires), *Les paradis artificiels*, Œuvres Complètes, Bibliothèque de la Pléiade, Gallimard, Paris, 1961, 1ère éd., Poulet-Malassis et De Broise, Paris, 1860.
- (21) FARRÈRE C. - *Fumée d'opium*, P. Ollendorf, Paris, 1904.
- (22) LIEDEKERKE A. (de) - *La Belle Époque de l'opium*, La Différence, Paris, 1984.
- (23) DUPRÉ Dr - L'Affaire Ullmo, Extrait des *Archives d'Anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique*. n° 1776-177, 1908.
- (24) WOOD A. -A New Method for Treating Neuralgia by the Direct Application of Opiates to Painful Points. *Edinburgh Medical and Surgical Journal* (1855).
- (25) LAWRENCE G. - The hypodermic syringe, *The Lancet* (2002), 359, 9311 : 1074.
- (26) GOSSOP MR. - A comparative study of oral and intravenous drug-dependent patients on three dimensions of personality, *Int. J. Addict.* (1978) ; 13 (1) : 135-142.
- (27) TROUSSEAU A. - *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* (Tome III, p. 413 sq.) J.-B. Baillière, Paris, 1861.
- (28) NOMINÉ P. - La passion et son héritage, *Psychotropes* (2004) 2 ; 10, p. 103-123.
- (29) OPINEL A. - Le remède dans la peinture du XIXème siècle en France. Une représentation latente, in *La Philosophie du remède*, Éd. Champ Vallon, Seyssel, 1993, p. 40-44.
- (30) KORSMEYER P. - One Hundred Years of Heroin : A Conference to Mark a Century of Experience With Heroin from Its Commercial Introduction to the Present Day, 18-20 sept 1998, New-Haven.
- (31) ESCOHOTADO A. - *Histoire élémentaire des drogues des origines à nos jours*, Éd. du Lézard, Paris, 1995.
- (32) ACKER C.J. - (1997) Planning and serendipity in the Search for a Nonaddicting Opiate Analgesic, in *The Inside Story of Medicines*, Higby G.J., Stroud E.C. ed. AIHP, Madison.
- (33) RUETSCH Y-A., BÖNI T., BORGEAT A. - From cocaine to ropivacaine: the history of local anesthetic drugs. *Curr. Top. Med. Chem.* (2001) ; 1 (3), p.175-182.
- (34) *Codex Medicamentarius Gallicus - Pharmacopée Française* rédigée par ordre du gouvernement, Paris, Masson, 1908, p. 803-806.

LES ORIGINES DE LA LÉGISLATION SUR LES STUPÉFIANTS EN FRANCE

- (35) BROUARDEL, P. - *Opium, morphine, cocaïne, intoxication aiguë par l'opium mangeurs et fumeurs d'opium, morphinomanes et cocaïnomanes*. J.-B. Baillière, Paris, 1906, p. 116 -146.
- (36) ROBINS L.N., SLOBODYAN S. - Post-Vietnam heroin use and injection by returning US veterans : clues to preventing injection today, *Addiction*. (2003) ; 98 (8), p. 1053-1060.
- (37) POROT A. - *Les Toxicomanies, étude médico-sociale.*, Ferraris, Alger, 1945.
- (38) TAYLOR A. H. - *American Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939*, Durham, N.C. : Duke University Press, 1969, p. 82.
- (39) MARTIN H. - Chronique professionnelle, La loi sur les stupéfiants, *Journal Pharm. et Chim.* (1916) T. XIV, n°3 : 93-96, 120-121, 217-222, 247-255, 279-287, 314-320, 342-352, 375-384.
- (40) ARTAUD A. - *L'Ombilic des Limbes* (1925), Gallimard, coll. Poésie/Gallimard, 1956, "Lettre à Monsieur le législateur de la loi sur les stupéfiants, p. 68.
- (41) Décret n°48-1805 du 19 novembre 1948, portant règlement d'Administration publique relatif à l'importation, au commerce, à la détention et l'usage des substances vénéneuses. *Ann. Pharm. Fr.* (1949) T. VII, n°4, 49-64.
- (42) POROT A. - *Les Toxicomanies, étude médico-sociale*, Ferraris, Alger, 1945, p. 30-34.
- (43) VAILLE C. - Difficultés d'application de la législation concernant les toxicomanies aux drogues. *Informations Pharmaceutiques*, (1983) n°263: 338-351.
- (44) Anonyme, Opiates and their alternates for pain and cough relief. Report of a WHO scientific group. *World Health Organ Tech. Rep. Ser.* (1972) ; 495 : 1-19.
- (45) CHAST F. - Le pharmacien hospitalier et le traitement de la douleur. *Ann. Pharm. Fr.* (2000) ; 58 (2) : 94-107.
- (46) Décret 99-249 du 31 mars 1999 relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel, 1er avril 1999, n°77.

RÉSUMÉ

L'histoire de la pharmacie se confond avec celle des "poisons" qu'on n'appellera que tardivement "substances vénéneuses". La découverte des principaux alcaloïdes, entre 1817 et 1860, permit de créer le concept de substance pure dont efficacité et toxicité vont de pair et, en 1840, la retentissante "affaire Lafarge" donnait corps à l'idée qu'il fallait adopter une "loi relative à la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses", ce qui fut le cas en 1845. L'irruption sur la scène médicale de la cocaïne en 1884 et de l'héroïne en 1898 "complicqua" la situation. Les blessures de guerre étaient, en effet, à l'origine de toxicomanies chez les soldats du front, dont l'anal-gésie avait un "prix à payer". La loi du 12 juillet 1916 et son décret d'application du 14 septembre 1916 classèrent les substances vénéneuses en trois catégories de substances "inscrites" sur des tableaux dits A, B et C.

SUMMARY

History of pharmacology intermingled with the history of poisons. The main alkaloids were discovered between 1817 and 1860. In 1845 purchase and sell of poisons were regulated and in 1884 cocaine appeared on the market and heroin in 1898. World War I contributed to the use of heroin and was at the start of toxicomania ; the law 1916 made out 3 lists of venomous matters (A.B.C.) and the list B. was that of stupefacient drugs. The strict law will create misunderstanding between ill-patients and drug addicts, physicians and dealers, druggists and drug traffickers.

C. Gaudiot

Un procès-verbal d'autopsie inédit (Saint-Nectaire, 1765)

Étude technique et diagnostic rétrospectif *

par Philippe CHARLIER ** et Danielle GOUREVITCH ***

Introduction

Le manuscrit examiné appartient à un collectionneur privé ; c'est un acte médico-judiciaire de douze pages *in-quarto* daté du 26 juin 1765, portant la marque fiscale de l'Auvergne (2 sols). Il s'agit d'un rapport d'autopsie écrit par Antoine Doumiol, docteur en médecine de la faculté de Montpellier, médecin ordinaire de la ville de Besse, et Jean Capet, maître chirurgien juré, en exécution d'une ordonnance de Monsieur le Bailly de Senecterre (actuellement Saint-Nectaire).

Transcription

“Nous soussignés Antoine Doumiol, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, médecin ordinaire de la ville de Besse, et Jean Capet, maître chirurgien juré, tous deux habitant de ladite ville, en exécution de l'ordonnance de Mr le Bailly de Senecterre de ce jourd'hui vingt six à nous signifiée le même jour par exploit de Jean Dumas, nous sommes transportés au bourg de Senecterre pour visiter le cadavre d'Antoine Thomas, domestique au domaine de Lambre, de la paroisse de Senecterre, et constater la cause de sa mort après le serment. Nous sommes allés dans la maison de Jean Vinat, cabaretier de ce lieu et sommes montés dans une chambre qui est au-dessus de la cuisine où nous avons trouvé sur une couchette le corps mort dudit Antoine Thomas qui nous avait requis et fait appeler le dix-huit du présent [mois] pour le venir visiter et médicamenter d'un coup de fusil qu'il avait reçu à la cuisse gauche sur la partie inférieure près de la rotule dont nous fîmes et affirmâmes notre rapport le même jour. Après avoir reconnu que c'est le même homme auquel nous avons donné nos soins pour nous convaincre et ne pas douter d'une mort si prompte et si inopinée, nous avons premièrement ouvert la cuisse qui avait reçu le coup de fusil, nous n'y avons point trouvé aucune pourriture, ni mortification, aucune extravasation. Les chairs presque naturelles, nous avons ensuite ouvert le bas-ventre et avons trouvé toutes les viscères contenus dans cette capacité dans leur état naturel sans aucun endommagement, altération ni changement de couleur, à l'exception du duodénum qui était un peu jaune. Nous avons encore ouvert le

* Comité de lecture du 17 janvier 2009.

** Service de médecine légale et d'anatomie/cytologie pathologiques, Pavillon Vésale, Hôpital universitaire Raymond-Poincaré (AP-HP, UVSQ), 92380 Garches et Halma-Ipel, UMR 8164 du CNRS; Université de Lille 3, Villeneuve d'Ascq.

*** 21, rue Béranger, 75003 Paris.

péritoine (1) et avons trouvé les poumons et le cœur dans un état sain, sans flétrissure ni altération. Nous avons ensuite scié le crâne, examiné scrupuleusement les membranes et la substance du cerveau que nous avons trouvé d’une couleur naturelle, sans engorgement, inflammation ni altération. Mais nous déclarons que nous avons aperçu un gonflement et une inflammation considérable à la gorge, la langue étant très enflée, le voile du palais et les amygdales enflammés et presque noirs. En conséquence, moi, Capet, chirurgien, déclare que je fus appelé le vingt-quatre, jour de St Jean, sur les dix heures du soir par le frère dudit Antoine Thomas, et m’étant rendu au bourg de Senecterre sur les trois heures après minuit, je trouvais ledit Antoine Thomas dans une sueur abondante avec une fièvre violente, un gonflement et une inflammation à la gorge. Ne l’ayant pu saigner à cause de la sueur, je lui ai appliqué un tropique (2) (*sic* !) qui ne calma pas l’inflammation, et ne pouvant arrêter le progrès de cette maladie qui était une véritable squinancie. Le malade qui à peine pouvait parler me dit qu’il fallait envoyer chercher Mr le médecin. Avant qu’il fut arrivé, le malade périt. De là, moy, médecin inféra que comme cette maladie avait commencé depuis trois jours sans que le Sieur Thomas se soit fait soigner, le progrès de l’inflammation a été si rapide et le gonflement est devenu si considérable que le passage de l’air a été entièrement fermé, qu’il en est survenu une prompte suffocation qui est la vraie cause de la mort dudit Thomas. Nous attestons et affirmons que ledit Antoine Thomas le samedi matin vingt deux du présent [mois] sans fièvre, que le coup de fusil qu’il avait reçu à la cuisse ne peut avoir occasionné aucun dérangement dans l’économie animale ni être la cause de sa mort, et que c’est uniquement l’esquinancie qui lui est survenue dans laquelle il n’a reçu aucun secours. Cette maladie [illisible] et ne pardonnerait presque jamais ceux qui ne se font soigner. En foi de quoi nous avons dressé notre présent rapport que nous affirmons être sincère et véritable, à Senecterre, ce vingt-six juin mil sept cent soixante cinq et signent Doumiol d[octeur en] m[édecine] et Capet chirurgien, parraphe ne varietur, suivant notre procès-verbal de ce jourd’hui vingt-six juin mil sept cent soixante cinq et signe Chaudefon, Bailly”.

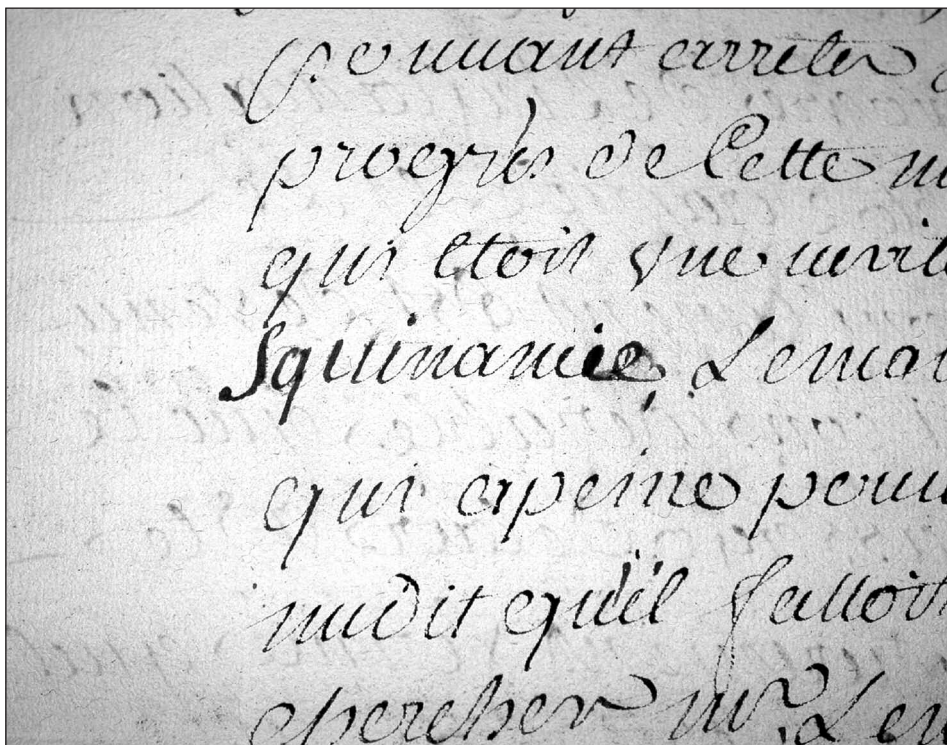
Discussion

Histoire de la maladie

Le défunt est un domestique (Antoine Thomas, dont l’âge n’est pas précisé car il n’existe pas de doute sur l’identité du mort) dont le cadavre est retrouvé dans des circonstances douteuses sur son lieu de travail. Les médecins chargés d’examiner le corps connaissaient bien le défunt, ceux-ci l’ayant précédemment examiné huit jours auparavant pour une plaie par projectile d’arme à feu reçue à la face antérieure du tiers inférieur de la cuisse gauche, en regard du rebord rotulien (voir **Tableau 1**).

Tableau 1. Histoire de la maladie et des soins médico-chirurgicaux prodigués à Antoine Thomas.

18 juin 1765 (J1)	1ère consultation “coup de fusil reçu à la cuisse gauche sur la partie inférieure près la rotule”
24 juin 1765 (J7)	2ème consultation “sueur abondante avec une fièvre violente, gonflement et inflammation à la gorge (...) à peine pouvait parler (...)” et mort dans la nuit
26 juin 1765 (J9)	Autopsie



*Le mot squinancie dans le procès-verbal.
Collection privée.*

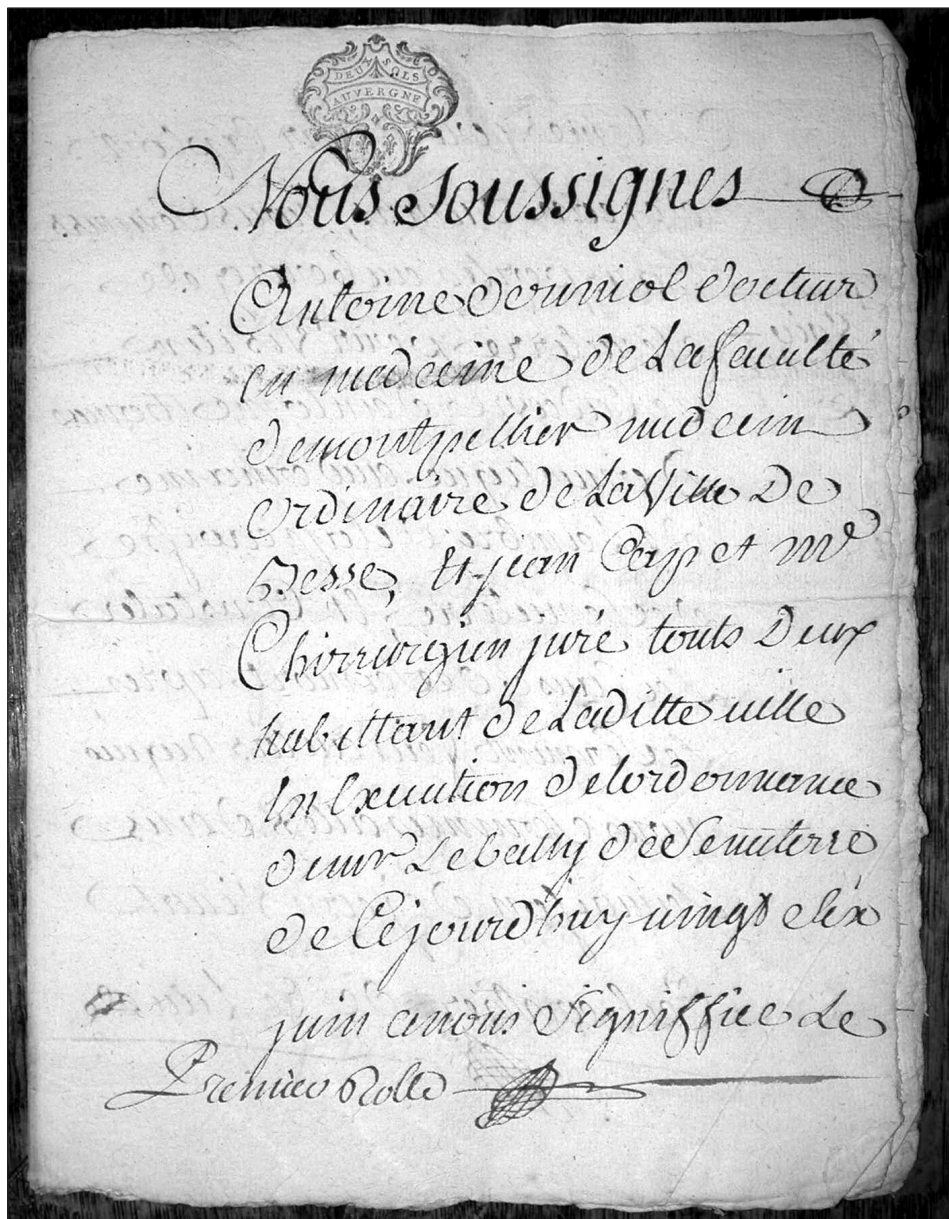
Pratique autopsique

Très logiquement, compte tenu du faible intervalle séparant ces deux événements, les praticiens réalisent une exploration anatomique de cette plaie et n'objectivent aucune complication ni hémorragique ni infectieuse. Aucune description complète des téguments de la victime n'est donnée. Aucune description non plus tenant à l'existence de lividités, de rigidité, de putréfaction ou décomposition, ce qui n'est pas anormal pour les procès-verbaux d'autopsie de cette période. De telles descriptions ne deviennent systématiques qu'à la fin du XIX^{ème} siècle.

L'examen se poursuit par une laparotomie exploratrice qui ne met en évidence aucune anomalie particulière. L'aspect jaunâtre du cadre duodénal n'est absolument pas spécifique et peut éventuellement s'expliquer par une autolyse débutante (début de décomposition). Puis les praticiens, manifestement sans pratiquer ni sternotomie ni costotomie, pénètrent dans la cavité thoracique (le "ventre supérieur") en ouvrant le diaphragme (avec une erreur dans l'écriture du procès-verbal, ce terme étant remplacé par "péritoine"). Les organes décrits (cœur et poumons) sont sans anomalie notable.

Si l'on étudie ce texte avec un regard paléopathologique, il convient de noter que, jusqu'à ce moment, donc, les praticiens n'ont causé aucune lésion visible sur le squelette. La pratique d'une crâniotomie vient compléter cet examen autopsique, sans que le procédé exact de sciage de la voûte soit décrit (à nouveau, telle n'est pas l'habitude à

cette époque) : aucune anomalie méningée ni cérébrale n'est retrouvée. La cause du décès n'est révélée que lors de l'examen des organes cervicaux, dont on ignore comment ils ont été extirpés : cervicotomie antérieure ? exérèse thoracique en complément de l'éviscération cardio-pulmonaire ? Cette deuxième proposition a notre préférence,



Les auteurs du procès-verbal
Collection privée.

compte tenu des soins que prennent les deux praticiens à ne pas dégrader l'enveloppe charnelle de la victime (même si l'absence de costotomie et sternotomie s'explique par des raisons pratiques : en l'absence d'ouverture de la paroi thoracique... il n'est point besoin de la refermer !).

Comparons avec la technique autopsique exposée, une cinquantaine d'années plus tôt, par Pierre Dionis (1643-1718), médecin et chirurgien personnel de Marie-Thérèse d'Autriche, accoucheur de la Duchesse de Berry, professeur d'anatomie et de chirurgie au Jardin du Roi (Paris). Certaines autopsies sont réalisées dans un cadre légal : "L'on trouve une personne morte, assassinée ou noyée, il en faut faire l'ouverture pour dresser un rapport fidèle de l'état des parties offensées, et souvent en exécution des arrêts et des sentences qui l'ordonnent : si une personne est soupçonnée d'avoir été empoisonnée, l'ouverture du corps rend témoignage de la vérité (3)"... "Si c'est par ordonnance de justice que l'ouverture ait été faite, il faut que le chirurgien en fasse un rapport fidèle, qu'il ne charge point trop les accusés, ni qu'il n'autorise pas les criminels (4)".

L'autopsie a lieu plus d'un jour après le décès, conformément aux habitudes : "Le temps de faire une ouverture est ordinairement vingt-quatre heures après la mort : les ordonnances le portent ainsi, et l'on ne doit point entreprendre de la faire que les vingt-quatre heures ne soient accomplies, quoique l'on eût des signes certains qu'il serait véritablement mort, et cela pour éviter les reproches du public qui accuserait le chirurgien de trop de précipitation, et pour contenter ceux à qui l'on entend dire qu'ils chargeront leurs successeurs ou héritiers de ne les point ensevelir avant les vingt-quatre heures finies, de crainte qu'on ne les enterre encore vivants, persuadés que cela est arrivé souvent, par les contes qu'on leur en a fait (5)".

L'autopsie se fait à l'endroit où se trouve le cadavre (en l'occurrence, celle d'Antoine Thomas se fait au premier étage d'un cabaret), de la façon suivante : "Les garçons arrivés au logis du mort mettront une table au milieu de la chambre, assez longue pour y poser le corps. Ils mettront un drap sur la table, ensuite le corps dessus à qui ils auront mis une serviette pliée en long en trois ou quatre doubles circulairement pour cacher par bienséance les parties de la génération, et particulièrement quand c'est une femme. On mettra par dessus un autre drap qui couvrira tout le corps. Ils mettront sous la table un grand bassin pour mettre les entrailles à mesure qu'on les videra, et un seau plein d'eau pour laver les éponges. Ils demanderont le linge nécessaire, ils prépareront de la bougie et attendront ceux qui doivent être présents à l'ouverture (6)".

En revanche, Antoine Douniol et Jean Capet ne suivent pas l'ordre d'ouverture indiqué par Dionis, puisqu'ils terminent leur autopsie par la crâniotomie (7) : "Le corps découvert, l'opérateur commencera par la tête et finira par la poitrine et le ventre. Cet ordre est moins embarrassant que de commencer par le ventre, car étant obligé de retourner le corps pour voir le cerveau, le ventre étant ouvert toutes les parties qu'il contient sortiraient et incommoderaient beaucoup (8)".

L'ouverture du crâne se pratique de la façon suivante : "L'opérateur prendra ce scalpel fait en couteau, ou cet autre fait en bistouri dont il fera à la tête une incision longitudinale depuis la racine du nez jusqu'à la nuque du cou, et une autre transversale depuis une oreille jusqu'à l'autre coupant le cuir chevelu et le péricrâne, car il faut que le tranchant de l'instrument aille jusqu'au crâne et appuie sur ces deux incisions, faisant une croix sur le sommet de la tête. Il lèvera ensuite ces quatre parties qu'il séparera du crâne et qui tombant en bas laissent le crâne à découvert. Alors, avec la scie qu'il posera sur l'os frontal assez près des sourcils, il commencera à le scier, en faisant tenir la tête par

un serviteur pour l'empêcher de vaciller. L'os frontal étant scié, il conduira peu à peu la scie sur l'un des temporaux, et ensuite sur l'autre ; lesquels étant sciés, l'on retourne le corps pour en faire autant à l'os occipital.

“Toute la circonférence du crâne étant sciée, l'on prend cet élévatoire dont on fourre un des bouts dans la voie de la scie pour faire éclater quelques éminences qui excèdent au-dedans de l'épaisseur du crâne que la scie n'aura point entièrement coupées. Si l'on ne peut pas y réussir avec l'élévatoire, cet instrument, fait en forme de foret, en viendra à bout, parce qu'il a plus de force. Aussi est-il fait exprès à ce dessein, car en mettant la partie qui est plate dans l'ouverture de la scie et en donnant un tour de main à droite et à gauche, l'on fait éclater ce qui tenait. Ce que l'on reconnaît bientôt au bruit qu'il fait et qu'on entend lorsqu'il se casse. L'on glisse ensuite cet instrument, fait en forme de grande spatule emmanchée, entre le crâne et la dure-mère, pour en séparer les filaments qui l'attachent aux endroits des sutures.

“Le crâne étant enlevé, on le place à côté de la tête pour mettre dedans les morceaux du cerveau à mesure qu'on les coupe (...). Le tout bien examiné, l'on remet cette substance à sa place et, après l'avoir renfermée dans le crâne, on prend l'aiguille enfilée du cordonnet et l'on coud les quatre coins du cuir chevelu qu'on a relevé, pour en couvrir la calotte du crâne et pour contenir le tout dans son lieu ordinaire (9)”.

L'ouverture des deux ventres, supérieur (thorax) et inférieur (abdomen, pelvis), de même que l'examen des organes internes, se font ainsi : “L'opérateur fait par ses garçons retourner le cadavre en le remettant sur le dos, et lui ayant mis une serviette sur le visage pour le cacher des spectateurs, il fait une grande incision longitudinale depuis le cou jusque sur les os pubis, et une autre transversale de la partie lombaire gauche jusqu'à la droite. Par cette incision, il coupe les téguments, les muscles et la poitrine tous ensemble, tout ce qui fait d'abord voir les parties contenues dans le ventre, dont la première est l'épiploon, qui nage sur les boyaux, on examine l'estomac qui est placé dans l'hypochondre gauche, les intestins grêles (10) qui occupent toute la partie ombilicale, le gros qui entoure les grêles de toutes parts, le mésentère qui est le lieu commun de tous les boyaux, le foie qui remplit l'hypochondre droit et la rate qui trouve sa place dans le gauche conjointement avec l'estomac.

“Si l'on est obligé d'ôter ces parties pour examiner les viscères qu'elles couvrent, il faut avant que de le faire lier les intestins en deux endroits ; l'un proche de l'estomac, l'autre proche de l'anus, afin que les matières qu'ils contiennent ne puissent pas sortir. On les met dans le bassin qui est sous la table et l'on imbibé le sang et les liqueurs épanchées dans cette capacité, avec les éponges qu'on lave à plusieurs fois dans le seau d'eau préparé et destiné à cet effet. L'on examine les reins, les gros vaisseaux, les parties de la génération et la vessie où, s'il y avait quelque chose de particulier à voir, l'on ferait approcher la bougie qui est très commode dans ces sortes de démonstrations pour en découvrir jusqu'aux moindres particules.

“Afin de pouvoir pénétrer dans la poitrine, il faut séparer du sternum les parties musculieuses qui le couvrent et avec un fort scalpel couper les cartilages qui sont à l'extrémité de chaque côté, tant du côté droit que du côté gauche. Puis, séparant le premier os du sternum d'avec les deux bouts des clavicules, avec lesquelles il est fortement attaché, il faut lever le sternum tout entier, comme j'ai dit dans mon *Anatomie* (11), afin de voir plus commodément les parties contenues (12).

“Les parties qui se présentent les premières sont les poumons, que l'on trouve souvent altérés en quelque manière, parce qu'étant les plus délicats de tout le corps et toujours en

action, ils ne peuvent pas si bien résister que les autres. Et c'est la raison pourquoi la grande partie des hommes périssent par cet endroit. Les poumons sont séparés par une membrane longitudinalement, qui est le médiastin, auquel est attachée une grande poche que l'on appelle le péricarde, qui est l'enveloppe du cœur. L'on ouvre ce péricarde, qui très souvent, quand la vie a été ôtée au sujet avec violence, contient de l'eau dans laquelle nage le cœur (13). L'on fait ensuite deux incisions au cœur, l'une à droite, l'autre à gauche, pour voir s'il n'y a rien dans les ventricules et dans les oreillettes, où l'on trouve souvent des corps grasseux que l'on nomme des polypes du cœur (14). L'on imbibe avec les mêmes éponges les sérosités que l'on trouve épanchées dans la poitrine, et après avoir fait attention s'il n'y a rien à la plèvre, l'on remet toutes ces parties dans leur place. L'on prend ces deux paquets d'étoffe, on les étale, et l'on en met un sur les parties de la poitrine et l'autre sur celles du ventre : l'on remet le sternum par-dessus, et rapprochant les téguments l'on fait par un serviteur recoudre le corps, qui avec l'aiguille enfilée de ce petit ruban fait sa suture du pelletier, tant à l'incision longitudinale qu'à la transversale (15)".

On voit qu'Antoine Douniol et Jean Capet adaptent l'ordre établi, confirmant l'hypothèse émise récemment au décours d'examen ostéo-archéologiques de restes autopsiés et embaumés de variations locales en fonction du "coup de main" des praticiens. Certes, conformément à la règle, ils débute par la zone anatomique *a priori* principalement en cause dans le mécanisme du décès : la cuisse. En effet, Dionis recommande : "S'il y avait une plaie au ventre ou à la poitrine qui fut le sujet de l'ouverture, il faudrait ouvrir cet endroit pour connaître la plaie et en faire son rapport sans être obligé pour lors de travailler sur la tête (16)".

Vraisemblablement, dans le cas de l'autopsie d'Antoine Thomas, les praticiens ont suivi un ordre logique :

1. Exploration première de la plaie ancienne ;
2. Celle-ci étant saine, exploration abdominale puis thoracique (cet ordre s'expliquant par le "coup de main" d'Antoine Douniol et de Jean Capet) sans sternotomie ni costotomie, mais par phrénotomie ;
3. Le temps qu'un des praticien examine les organes du tronc, un autre se penche sur le crâne (crâniotomie) ;
4. À la fin de l'exploration abdominale, thoracique et cérébrale, aucune cause de décès n'est retrouvée. L'autopsie est secondairement étendue au cou avec la mise en évidence des lésions pharyngo-laryngées (à moins que cette région anatomique n'ait été prélevée d'emblée, mais n'ait été examinée qu'en dernier...).

Cause du décès

Le décès résulte donc d'un "gonflement et une inflammation considérable à la gorge, la langue étant très enflée, le voile du palais et les amygdales enflammés et presque noirs". Cette couleur noire s'explique soit par une congestion intense (violette), soit par un aspect nécrotique des tissus (noir réel). Le diagnostic porté est celui d'*esquinancie* (ou *squinancie*) à l'origine d'une mort asphyxique : "Le progrès de l'inflammation a été si rapide et le gonflement est devenu si considérable que le passage de l'air a été entièrement fermé qu'il en est survenu une prompte suffocation qui est la vraie cause de la mort".

En termes nosologiques modernes, le diagnostic rétrospectif est celui d'une pharyngolaryngite aiguë, l'asphyxie s'expliquant par une épiglottite aiguë. En l'absence de description d'une éventuelle membrane obturante, il paraît possible d'éliminer un diag-

nostic de croup. En outre, l'absence d'inflammation ou d'infection au niveau de la plaie de cuisse permet d'éliminer tout lien de causalité entre ces deux lésions ; les infections ORL (comme l'épiglottite) sont d'ailleurs bien plus fréquemment d'origine virale que bactérienne, avec des germes aérotransportés. Et c'est ici qu'une digression philologique devient éclairante.

Les dénominations des esquinancies et du croup jusqu'à Bretonneau (1826) : une histoire de chien

En effet, le rapport d'autopsie, de 1765 nous le rappelons, propose le diagnostic d'esquinancie pour expliquer le décès, une esquinancie très sévère et rapidement mortelle. Si l'on rejette le croup, car il n'est pas signalé de membranes, on a tort et raison, car les deux mots d'esquinancie et de croup ont alors des sens extrêmement intriqués. Longtemps en effet le croup, aujourd'hui défini comme la "localisation laryngée de la diphtérie, dont les fausses membranes obstruent la filière glottique et entraînent l'asphyxie" (Garnier-Flammarion), n'est pas distingué comme une maladie autonome, mais au contraire victime de diverses confusions avec d'autres maladies. Alors les noms qu'on lui prête sont variés, sensibles au lieu atteint, au symptôme considéré comme majeur, ou à l'étiologie supposée. Souvent dans le doute, les auteurs associent deux noms, ce qui ne facilite pas la compréhension, ces noms pouvant être de vrais synonymes, mais pouvant aussi désigner des maladies en fait différentes.

Le dictionnaire de Dechambre dit *Dictionnaire en 100 volumes* est à la base de notre recherche ; s'il ne comporte pas d'article "esquinancie", il offre un remarquable article "croup", datant de 1879 sous la plume d'Eugène Raymond Archambault, docteur de Paris en 1859, médecin des hôpitaux exerçant aux Enfants malades ; ses cours sont très suivis et seront publiés sous le titre de *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1884, après sa mort en 1883. Alors "croup" et "laryngite diphtéritique" s'emploient indifféremment.

Pour l'Antiquité, Littré s'efforce de prouver la présence de la maladie chez Hippocrate dans un article qu'il donne en 1861 au *Bulletin de l'Académie de médecine*, "De la diphtérie et de la paralysie consécutive à la diphtérie dans les œuvres d'Hippocrate". Elle est en tout cas certainement décrite par Arétée, mais sans nom spécifique (17) ; et enfin par Célius Aurélien, qui ne la nomme pas non plus, mais est sensible dans certains cas d'angine à une voix "qui ressemble à celle d'un chien" (*Quibusdam caninus vocis sonitus*) (18), valorisant ainsi la métaphore animale (19), qui avait donné son nom à la "cynanche" ou "synanche" des Grecs puis des Latins, du grec κύων, κύνος, le chien, et ἀγγχειν étrangler, pour des "angines" sévères, c'est-à-dire des étranglements, avec une respiration difficile faisant tirer la langue comme le chien haletant, ou une voix rauque faisant penser à l'aboiement d'un chien.

Cette référence au chien et au crapaud (voir plus loin) se retrouve jusque dans la thérapeutique employée contre l'esquinancie ; dans *La médecine et la chirurgie des pauvres* (Paris, 1741, p. 89-91), l'auteur (resté anonyme) donne plusieurs recettes de topiques dont les ingrédients trouvent leur origine soit dans les pratiques magiques européennes, soit dans la pharmacopée "scientifique", soit encore dans la théorie des signatures : "Après avoir saigné le malade, soufflez lui au gosier, avec une canne, de la poussière de feuilles de plantain séché et réitérez s'il est besoin. (...). Un crapaud cuit et mis sur la gorge en forme de cataplasme y est si bon que j'en ai guéri, dit Cardan, qui étaient désespérés. (...). Broyez bien de la fiente de chien, de la plus blanche, sur un marbre avec du

saindoux, mettez-la dans un pot, puis faites-en un grand emplâtre qu'il faudra appliquer sur le mal, qui guérira très promptement (...). Prenez fiente de chien qui ait rongé des os et autant de son de froment, faites-en un cataplasme, avec suffisante quantité de miel, que vous appliquerez chaud sur le mal, le renouvelant souvent. Arnauld de Villeneuve dit qu'il a vu expérimenter le traitement à Rome par une femme sur un homme attaqué par l'esquinancie".

Le XVIème siècle français utilise des mots assez bizarrement fabriqués sur ces mots grecs, avec modification de la consonne initiale, par confusion de s et de k, d'où sk, groupe souvent précédé d'un e épenthétique destiné à faciliter la prononciation, tandis que le upsilon grec se transforme non pas en y comme on s'y attendrait mais en i : en fait de compte on trouve "squinance", "squincanie" et "esquinancie", comme en fait état Littré dans son *Dictionnaire de la langue française* (1872-1877), en 1873 pour ce volume (20). Ils sont alors attestés tant dans des textes littéraires que dans des textes médicaux : Rabelais (1493/4-1553) emploie le mot de squinance dans son *Pantagruel* (III 12) ; Jacques Amyot (1513-1593) fait la mauvaise langue dans son *Démosthène* (36) plaisantant sur la maladie de l'orateur, qui n'est pas une esquinancie mais une argyrancie. Ambroise Paré (1509-1590) emploie tantôt squincanie (XXII, 2), tantôt squinance, laquelle "est plus dangereuse de mort, lors que...." elle ne laisse pas passer l'air et "empesche la viande d'estre avallée en l'estomach (VI 8), "choses ... nécessaires à la vie des animaux".

Le rapport de Saint-Nectaire est en gros contemporain de la *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem*, publié à Amsterdam, chez les frères De Tournes en 1763, par François Boissier de Sauvages (1706-1767) ; une traduction posthume sortira à Lyon chez Gouvion en 1772 : *Nosologie méthodique*. Il décrit l'esquinancie ordinaire comme uni- ou bilatérale, pouvant toucher le voile et les piliers du palais ; il en distingue plusieurs types : - catarrhale (la moins intense, avec la langue saburrale, de la toux et un rhume) ; - pléthorique (ou sanguine) ; - synochiale (avec un mauvais état général) ; - épidémique (angine scarlatineuse grave ou diphtérique : croup probablement mais le mot n'y est pas) ; - gangréneuse et polypeuse (angine de la scarlatine, de la rubéole et de la variole) ; - trachéale (entraînant une suffocation mortelle, et c'est cette dernière qui aurait pu provoquer le décès d'Ambroise Thomas). Le texte latin de l'édition de 1768, parmi les *anhelationes oppressivae*, distingue dans le groupe X de l'*angina*, ou *difficultas respirandi* (= mal de gorge ou angine) : 1. *Angina bronchus*, ou *angina pituitosa, catarrhus ad fauces, angina muscosa*, angine catharrhale, fluxion sur la gorge. 2. *Angina Loweriana*, angine oedémateuse. 3. *Angina calculosa*. 4. *Angina a deglutitis, angina a spina piscis in faucibus haerente*. 5. *Angina a laqueo strangulanti suspensorum*. 6. *Angina scirrhusa*. 7. *Angina suppuratoria*. 8. *Angina venerea*, ulcère vérolique au gosier. 9. *Angina hysterica*. 10. *Angina hydrophobias*. 11. *Angina nasali* ? 12. *Angina exanthematica, variolosa, morbillosa*. 13. *Angina scorbutica*. 14. *Angina thymica*. 15. *Angina polyposa*. 16. *Angina anevrysomatica*. 17. *Angina bronchocelica*. 18. *Angina spasmodica*. 19. *Angina alba*, esquinancie blanche ou pituiteuse. De toute évidence, cette complexité nosologique devait avoir échappé aux praticiens de Saint-Nectaire et ne nous aide pas pour l'élaboration d'un diagnostic rétrospectif.

Or que se passait-il en 1765 en Écosse ? Les Écossais remettent les mots grecs de cynanchè et kynanchè à la mode parallèlement au nom de "croup" et à l'adjectif "croupy" (21) qui, dit-on, étaient utilisés communément à Édimbourg pour désigner et

décrire cette maladie, dit Francis Home (1719-1813) dans *An inquiry into the nature, cause, and cure of the croup*, printed for A. Kincaid and J. Bell, 1765, 60 pages (dit en français *Traité du croup*) et qui de là est passé dans la langue médicale (22). Ce serait un mot dialectal, mais les linguistes sont peu clairs : “croup” serait à mettre en rapport avec le nom “croak”, cri de la grenouille ou du corbeau, et le verbe correspondant “to croak” = croasser ; ou avec le verbe écossais “korpan”, crier d’une voix rauque ou enrouée (23). Mais on verra aussi d’autres dénominations à Édimbourg peu après : de Thomas Crawford, *Dissertatio de cynanchè stridula* 1771. En 1773 de Joannes Taylor, *De cynanche gangrenosa*. En 1777, d’Andreas Mease, *Dissertatio de angina tracheali*. De Monro, *Dissertatio de suffocatione stridula*, 1786, et 1793, de Jacob-Thomson Murray, *Dissertatio medicinalis inauguralis de cynanche maligna* etc...xxiv. À Paris Chambon dans les *Mémoires de la Société royale de médecine* (vol. V, p. 81) fait part de ses “Réflexions sur la nature et le traitement d’une maladie particulière aux enfants, connue sous le nom de croup ou esquinancie membraneuse”.

“Croup” va poursuivre son chemin, jusqu’à Leipzig en latin (25) avec par exemple Johan-Abraham Albers, *Commentatio de tracheide infantum vulgo croup vocata*, ... 1816 ; jusqu’à Moscou en français en 1817, avec Haase, *Découverte sur le croup ou l’asthma cynanche acuta infantum*, tandis que, pour en donner une image phonétique correcte, l’Italie peut préférer “crup” : Pietro Rubini, *Riflessioni sulla malattia comunemente denominata crup*, Parme, 1813, le nom étant correctement écrit pour respecter la prononciation anglaise, kroop.

La découverte de Pierre Bretonneau (1778-1862), identifiant maladie de peau et angine dites ensemble diphtérie, fait sensation (26) ; il publie *Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphtérie, ou inflammation pelliculaire, connue sous le nom de croup, d’angine maligne, d’angine gangréneuse, etc.*, Paris, Crevot, 1826. Mais elle n’entraînera pas immédiatement le succès clair et net de son nom de “croup”, et les auteurs préfèrent souvent l’apposition de deux mots par sécurité. Ainsi C. Billard, “Mémoire sur l’emploi du calomel dans le traitement du croup et des angines pelliculeuses”, *Archives générales de médecine*, XX, 1826, p. 491. Ou G. Bricheteau, *Précis analytique du croup, de l’angine couenneuse...*, Paris, 1827. etc... Et longtemps encore on parlera d’angine couenneuse terminée en croup. Enfin la disparition du mystère du croup devenu diphtérie puis diphtérie laryngée ne fait pas d’emblée l’unanimité ; et encore à la fin des années 1870 on discutera de leur identité ou de leur non-identité. En outre la trachéotomie salvatrice qui met fin à l’asphyxie en désobstruant le larynx de ses membranes n’est pas si facile à pratiquer, et beaucoup de médecins ne veulent pas ou ne savent pas la faire.

En guise de conclusion : le problème de la responsabilité médicale

Revenons à nos experts auvergnats qui, même s’ils avaient été bien formés, n’étaient certainement pas des praticiens lettrés : la systématique et la classification ne les intéressaient pas, qu’elle fût en latin ou en français ! Ni même d’ailleurs un diagnostic fin. Ce qu’ils voulaient, c’était persuader le tribunal qu’ils n’étaient pour rien dans le décès, qu’ils n’en étaient nullement responsables :

- se présentent comme hors de cause le chirurgien et le médecin intervenus ensemble à J1 pour la blessure de cuisse, le chirurgien intervenu à J7 pour l’inflammation de gorge et qui a appliqué un topique inefficace, et le médecin qui n’est arrivé qu’après la mort de

la victime : “comme cette maladie avait commencé depuis trois jours sans que le Sieur Thomas se soit fait soigner...” ;

- rien n'est dit de l'individu à l'origine de la blessure à la cuisse, mais dans tous les cas, il n'est en rien dans le mécanisme direct du décès : “le coup de fusil qu'il a reçu à la cuisse ne peut avoir occasionné aucun dérangement dans l'économie animale ni être la cause de sa mort”.

Il s'agit, à nos yeux modernes, d'un véritable biais car on ne demanderait jamais maintenant aux praticiens intervenus lors des soins d'un patient de réaliser l'autopsie de la victime en raison de l'existence d'un très net conflit d'intérêt...

NOTES

- (1) En réalité il s'agit du diaphragme.
- (2) Lire *topique*, bien entendu.
- (3) DIONIS P., 1718, *Cours d'opération de chirurgie démontrées au jardin royal*, 4ème édition, Bruxelles, p. 599.
- (4) DIONIS, 1718, p. 604.
- (5) DIONIS, 1718, p. 600.
- (6) DIONIS, 1718, p. 600.
- (7) On verra plus loin que cet ordre peut néanmoins être changé en fonction des circonstances de décès et/ou de l'existence d'une lésion manifestement cause de décès.
- (8) DIONIS, 1718, p. 600-601.
- (9) DIONIS, 1718, p. 600-602.
- (10) Au pluriel, car les intestins grêles sont composés du duodénum, du jéjunum et de l'iléon.
- (11) *L'anatomie de l'homme, suivant la circulation du sang, & les dernières découvertes : démontrée au Jardin royal* - par Mr Dionis ... à Paris, chez Laurent d'Houry, 1706.
- (12) On voit qu'il s'agit plus d'une costotomie que d'une sternotomie vraie : une section des cartilages costo-sternaux est pratiquée, laissant intact le sternum, qui est ensuite ôté de haut en bas. En pratique, ce geste ne laisse absolument aucune trace sur un squelette lors d'un examen ostéo-archéologique, rendant son identification impossible en l'absence d'autre lésion d'action anthropique. Contrairement à une costotomie vraie où sont sectionnées les côtes, ne devrait-on pas d'ailleurs plutôt parler de chondro-costotomie ?
- (13) Cet épanchement péricardique d'aspect aqueux (donc de nature séreuse et non hémorragique) peut s'expliquer de diverses façons : infectieux (péricardite chronique ou aiguë) et surtout inflammatoire ou réactionnel. On connaît en effet bien l'expérience de Pierre Dionis qui a publié une *Dissertation sur la mort subite avec l'histoire d'une fille cataleptique*, Paris, 1710 : dans un grand nombre de cas, la cause était d'origine cardio-vasculaire avec notamment un infarctus myocardique accompagné d'épanchement péricardique séreux réactionnel. Cf. R. Rullière, “Les morts subites à la cour de Louis XIV de 1690 à 1709, d'après Pierre Dionis”, *Histoire des sciences médicales*, 18, 1984, 19-24.
- (14) Calquer de façon systématique la pratique autopsique actuelle sur celle du XVIIIème siècle serait une grossière erreur ; de même pour les descriptions anatomo-pathologiques (si l'on autorise cet anachronisme pour l'époque). Ces *polypes* ou *corps gras* ne peuvent être, en raison de leur grande fréquence décrite par Dionis, des myxomes (tumeurs bénignes d'aspect cellulo-gras), mais correspondent aux caillots sanguins *post-mortem* dont l'aspect est fréquemment “gras de poulet”.
- (15) DIONIS, 1718, p. 602-604.
- (16) DIONIS, 1718, p. 601.
- (17) *Maladies aiguës* I 9, Des ulcérations de la région des amygdales = en fait notre diphtérie, 7 consacré à l'angine, et 8 aux maladies de la luette. On verra la traduction de Laennec avec les commentaires de Grmek, *Arétée de Cappadoce, Des causes et des signes des maladies aiguës et chroniques*. Traduit par R.T.H. Laennec, Genève, 2000.

- (18) *Maladies aiguës* III 1, *De synanche* ; avec en III 2 *quae consequantur synanchicos*, CML, p. 296 : *et quibusdam caninus vocis sonitus*.
- (19) Pour les noms donnés aux maladies en faisant appel à des métaphores cf. notamment pour l'Antiquité D. GOUREVITCH, "Les maladies sous le regard du compilateur : métaphores végétales et animales", dans A. Ferraces ed. *Isidorus Medicus, Sept. 2003*, La Corogne, A Coruna, 2005, 175-195.
- (20) Il ajoute les formes provenç. *esquinancia* ; espagn. *esquinencia* ; ital. *schinanzia*.
- (21) L'adjectif français est "croupal".
- (22) Home propose aussi *suffocatio stridulosa*, expression qui ne prend guère.
- (23) Le mot "hives", d'étymologie inconnue, apparaît au début du XVIème siècle également en Écosse, le plus souvent au pluriel, pour désigner différentes maladies infantiles avec éruption et démangeaisons ; il peut désigner l'urticaire, mais il semble qu'il pourrait désigner aussi le croup : cf. John Archer, *Dissertation on Cynanche trachealis commonly called croup or hives*, Philadelphia, 1798.
- (24) Ici une petite liste de mots ou d'expressions latines et françaises qui mériteraient toutes un commentaire : *Angina polyposa seu membranacea* ; *Cynanche stridula*, *cynanche trachealis* ; *Morbus strangulatorius*, *morbus truculentus infantum* ; *Tracheitis sicca*. Angine membraneuse, angine polypeuse, angine trachéale, angine suffocante des enfants, angine couenneuse pharyngienne ; asphyxie connue sous le nom de croup ; esquinancie membraneuse. Enfin un mot espagnol original mérite une mention particulière, car il met bien en valeur l'impression d'étranglement : c'est le "garotillo", qui étrangle comme par une sorte de corde. Il existe aussi en portugais : cf. par exemple Antonio Barbosa, *Estudios sobre o garotillo*, Lisbonne, 1861.
- (25) Mais en allemand, on utilise "croup". Toutefois à Tübingen, 1859, E. Gerhardt, préfère "Kehlkopfscroup", mot dans lequel le lieu souffrant, le larynx, est précisé.
- (26) On saura plus tard qu'elle est due à *Corynebacterium diphtheriae* ou bacille de Löffler-Klebs découvert par Théodor Klebs en 1883 et isolé par Friedrich Löffler en 1884, puis par Émile Roux en 1889.

RÉSUMÉ

Un procès-verbal d'autopsie médico-légale de 1765, inédit, décrit l'examen anatomique du corps d'un serviteur mort de façon suspecte au décours d'une blessure à la cuisse à Saint-Nectaire (Auvergne). Une double analyse médicale et philologique permet de mieux comprendre les aspects techniques de l'ouverture corporelle et de l'inspection des organes, mais également de détailler la démarche diagnostique et la dénomination exacte de la cause du décès, une laryngite aiguë asphyxiante. Est enfin examiné le problème de la responsabilité et de l'objectivité des deux praticiens, un médecin et un chirurgien.

SUMMARY

The official report of an unpublished forensic autopsy report of 1765, described the anatomical examination of the body of a suspect dead servant following a wound of the thigh in Saint-Nectaire (Auvergne, France). A double medical and philological analysis makes it possible to better understand the technical aspects of the opening and inspection of a cadaver, but also to detail the different steps for the diagnosis and the exact denomination of the cause of death, an asphyxiating acute laryngitis. The problem of the responsibility and objectivity of the two experts, a doctor and a surgeon, is finally examined.

Règles générales de publication

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

"**Histoire des Sciences Médicales**", organe officiel de la Société Française d'Histoire de la Médecine, publie en dehors des comptes-rendus des séances de la Société, les textes des communications (soit en intégralité, soit en résumé), des comptes-rendus d'ouvrages, de thèses, ou d'articles de périodiques.

CONDITIONS DE PUBLICATION :

● Les **articles originaux** ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être simultanément soumis pour publication à une autre revue.

L'auteur (les auteurs) s'engage(nt) à demander l'autorisation du Comité de rédaction au cas où ils désirent reproduire partie ou totalité de son (leur) article dans un autre périodique ou une autre publication.

Les auteurs engagent seuls leur responsabilité dans leur exposé historique.

En aucun cas la Revue n'est engagée vis-à-vis des manuscrits qui lui sont adressés avant la décision définitive du Comité de Rédaction.

Les textes doivent être rédigés en français avec un résumé d'une dizaine de lignes.

Il est demandé que la longueur des manuscrits (y compris les notes et les références) ne dépasse pas **35 000 signes** et que dans le texte les **noms propres soient dactylographiés en minuscules**. Les auteurs utilisant un ordinateur sont priés d'envoyer si possible une disquette avec leur manuscrit.

Les manuscrits doivent porter au bas de la 1^{re} page la date de la séance et l'adresse du ou des auteurs.

Les illustrations présentées en séance seront reproduites, dans la limite disponible de l'espace, à condition d'être libres de tous droits.

Les **résumés en français** doivent obligatoirement être adressés en **deux exemplaires** au secrétariat général **avant la séance**.

Les manuscrits en deux exemplaires doivent être remis en séance.

Exceptionnellement ils peuvent être envoyés dans les trois semaines suivantes à :

Mme J. SAMION-CONTET
62, rue Boursault
75017 Paris

(Passé ce délai les communications pourront ne pas être publiées)

La correspondance est à adresser :

Pour la rédaction :

à Madame J. SAMION-CONTET
62, rue Boursault, 75017 Paris

Pour les communications :

à Monsieur Francis TRÉPARDOUX
9, rue des Gâte-Ceps, 92210 Saint-Cloud
ftrepardoux@club-internet.fr

Président

Professeur Louis-Paul FISCHER
10, allée des croissettes, 69160 Tassin-la-demi-lune
Tél : 04 78 34 03 43

Secrétaire Général

Docteur Philippe ALBOU
13, cours d Fleurus, 18200 St-Amand-Montrond
Tél : 02 48 96 10 42 - philippe.albou@gmail.com

**COTISATION À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE
ABONNEMENT À LA REVUE *HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES***

	Cotisation à la Société, seule 2009	Abonnement à la Revue, seul 2009	Cotisation et abonnement 2009
Membre Union européenne	33 €	77 €	110 €
Membre autres pays	33 €	87 €	120 €
Membre étudiant	18 €	35 €	53 €
Membre donateur	75 €	75 €	150 €
Institution Union européenne		110 €	
Institution autres pays		120 €	
Retard (par année)	33 €	77 €	110 €
Prix de vente au n° : UE, 24 € - Autres pays, 28 €			

Paiement par chèque bancaire ou postal (C.C.P. PARIS 2208 69 F) à l'ordre de la S.F.H.M. adressé au docteur Philippe BONNICHON, trésorier, Hôpital Cochin, Service de chirurgie générale, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris.

Droits de traduction et de reproduction réservés pour tous pays.

Toute reproduction, même partielle est interdite sans accord écrit de la rédaction. Une copie ou une reproduction des textes, dessins, publicité, par quelque procédé que ce soit, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

© Société française d'Histoire de la Médecine : 12, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris

Déléguée à la Publication : Danielle GOUREVITCH

Réalisation **Mégatexte** sarl - 51100 REIMS - ☎ 03.26.09.65.15 - Courriel : megatexte@free.fr
Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2009 - Commission paritaire 1010 G 79968 - ISSN 0440-8888