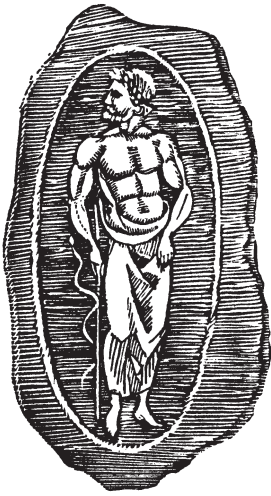


HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

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



TRIMESTRIEL - TOME XLV - N° 1 - 2011

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 L.-P. FISCHER,
Professeur D. GOUREVITCH, Madame M.-J. PALLARDY, Professeur J.-L. PLESSIS,
Professeur J. POSTEL, Monsieur M. ROUX-DESSARPS,
Madame J. SAMION-CONTET, Docteur A. SÉGAL

CONSEIL D'ADMINISTRATION
2010

BUREAU

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

Directeur de la publication : Docteur Jean-Jacques FERRANDIS

Déléguée à la publication : Professeur Danielle GOUREVITCH

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, Docteur A. LELLOUCH, Docteur J.-M. LE MINOR, Monsieur J. MONET, 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 Étienne 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

Année 2010

Professeur Louis-Paul FISCHER, Madame Janine SAMION-CONTET

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

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

TOME XLV

2011

N°1

Sommaire

Société française d'Histoire de la Médecine

Compte rendu de la séance du samedi 19 juin 2010 5

Sortie de la Société française d'Histoire de la Médecine à Marseille les 28 et 29 mai 2010

La Marseillaise, vies et morts des médecins et pharmaciens de la première promotion du "Pharo"
par le Dr Louis-Armand HÉRAUT 11

La prise en charge à Marseille des blessés au visage pendant la première guerre mondiale
par le Dr Jean-Louis BLANC 25

Les collections anatomo-cliniques réalisées à Marseille durant la guerre de 1914-1918 et conservées au musée du service de santé des armées à Paris
par le Dr Jean-Jacques FERRANDIS 29

La grande peste de Marseille : Confrontation avec les autres épidémies de peste en Europe occidentale
par le Dr André-Julien FABRE 39

Les peintres témoins de l'histoire, à propos de la peste de 1720 à Marseille
par le Dr Yves BAILLE 43

Antoine Deidier, son approche expérimentale de la contagiosité de la peste à Marseille en 1720
par le Pr Olivier DUTOUR 45

L'hôpital Caroline sur l'île Ratonneau
par le Dr Georges FRANÇOIS 51

Marseille et Jacques Daviel
par le Dr René GRANGIER 57

L'hygiéniste Adrien Proust, son univers, la peste et ses idées de politique sanitaire internationale
par le Dr Alain SÉGAL et le Pr Bernard HILLEMAND 63

Antoine Barthélémy Clot-Bey, un médecin marseillais fondateur de la médecine occidentale en Égypte
par le Dr Henri RUF 71

Arthur Fallot (1850-1911) et la maladie bleue
par le Dr Yves BAILLE 81

De l'anencéphalie au mythe des hommes sans tête
par les Drs André STAHL et Pierre TOURAME 85

Analyses d'ouvrages	91
Règles générales de publication. Instructions aux auteurs	94

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.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU SAMEDI 19 JUIN 2010

La séance de la Société française d'Histoire de la Médecine s'est ouverte sous la présidence conjointe du Pr Patrick Berche, doyen de la Faculté de médecine Paris-Descartes et du Dr Jean-Jacques Ferrandis, président de la Société, dans l'amphithéâtre Richet, 15, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris. Le président remercie le doyen d'avoir mis à la disposition de la Société les locaux de la Faculté pour la deuxième année consécutive et le service vidéo pour la transmission sur Internet de la séance. Les communications sont filmées et visibles sur le site internet de la S.F.H.M.

Le président accueille et remet au Dr Gérard Tillès le prix 2010 du meilleur livre, pour son ouvrage *Teignes et teigneux : histoire médicale et sociale*, Paris, Springer, 2009. Retenu par des obligations, il n'avait pu recevoir ce prix lors de la séance solennelle du mois de mars. Il souligne la présence exceptionnelle du président de la Société internationale d'histoire de la médecine, le Pr Giorgio Zanchin. Le doyen, Patrick Berche, évoque alors l'histoire du bâtiment qui accueille les membres de la Société, construit sur le site de l'ancien laboratoire d'anatomie du Pr Farabeuf.

À l'invitation du président, le professeur Guivarc'h rappelle qu'en 1887 le professeur Farabeuf, encore chef des travaux anatomiques, venait d'inaugurer ici-même, 15, rue de l'École de Médecine, les pavillons tout neufs de sa *Nouvelle École pratique d'Anatomie de la Faculté*, après qu'un exil de dix ans rue Vauquelin en eut permis les travaux. Pour l'étudiant en médecine de première année (1949-1950), l'amphithéâtre Richet, qui couvre aujourd'hui la surface de deux pavillons, était le lieu du terrible et obligatoire examen de validation de l'ostéologie en décembre, dissection des muscles et articulations au cours de 36 séances, au rythme de 5 par semaine, de janvier à la mi-février 1950. De ce contact quotidien avec le cadavre, il garde un souvenir précis et même joyeux. Il y avait huit salles, quatre de chaque côté du long couloir central, dont le roi était André Delmas, chef des travaux anatomiques. Sur l'estrade, au bout de la longue salle, la séance débutait à 14h précises, par l'exposé en 20 minutes d'un aide d'anatomie ou d'un candidat à l'adjuvat. Dans les conditions du concours, il créait sous les yeux des étudiants la région anatomique du jour, en couvrant le tableau noir progressivement, plan par plan, de ses dessins à la craie. Exercice remarquable, et nécessaire pour la plupart des étudiants, qui ne pouvaient voir des images anatomiques en couleurs que dans le magnifique, mais lourd et coûteux livre en trois tomes d'Henri Rouvière, consultable à la Bibliothèque de la Faculté, et après 19h à la Bibliothèque Sainte-Geneviève en face du Panthéon, vide le soir et bien chauffée. Exercice nécessaire pour les futurs conférenciers d'anatomie, les futurs candidats aux concours des hôpitaux de l'Assistance Publique, l'externat, l'internat des Hôpitaux, et à bien d'autres concours ou examens, de la Faculté ou non. Puis commençait la séance pratique de la dissection sur le cadavre par les étudiants en médecine de première année. Autour de l'une des 20 tables d'ardoise, percées d'un trou pour l'écoulement dans un seau des écoulements graisseux, cinq élèves étaient assis pendant deux heures et demie ; deux disséquaient le membre supérieur, deux le membre inférieur, le cinquième le cou. Les portes du bâtiment étaient fermées de 14h à 16h30, le registre des signatures étant retiré. Le chef des travaux anatomiques, André Delmas, s'asseyait un moment à l'entrée de la salle, ou passait la tête derrière la vitre de la porte qui la séparait du vestibule. Il surveillait moins les étudiants que la présence et la prestation de l'orateur. Imprévisible et majestueux, le Prosecteur sortait de son cabinet à gauche du tableau noir, écoutait l'exposé, passait lentement entre les 20 tables, se penchant sur les dissections,

amical et impressionnant dans ses conseils ou ses questions. Le gai bourdonnement de la ruche faisait place à un silence ... de mort. Absolument rien dans le rituel n'avait changé depuis Farabeuf, qui avait imposé, à la Faculté de médecine de Paris comme à ses huit écoles secondaires satellites, cette notion fondamentale que le stage au pavillon était aussi utile que le stage hospitalier.

Le président donne ensuite la parole au secrétaire général, le Dr Philippe Albou qui présente les informations générales.

1) *Excusés*

Dr Philippe Charlier, Prs Pierre Vayre, Gourevitch, Jean-Luc Poncet, François Chast, M. Francis Trépardoux, Mme Olga d'Andréa, Mme Marie-José Pallardy.

2) *Élection*

- M. le Dr Chikh Touhami. Parrains : Drs Alain Ségal et Jean-Jacques Ferrandis.

3) *Candidatures*

- Pr Olivier Dutour, professeur d'anthropologie à la Faculté de médecine de la Timone à Marseille, auteur de nombreux ouvrages de référence sur la paléopathologie. Parrains : Drs Pierre L. Thillaud et Philippe Albou.

- Dr Michel Sardet, ancien médecin gastroentérologue des hôpitaux des armées, docteur en histoire (Paris IV Sorbonne), auteur de nombreux ouvrages, historien particulièrement reconnu de la médecine navale, prix d'ouvrage de notre Société en 2007 pour *Naturalistes et Explorateurs du Service de santé de la Marine au XIX^{ème} siècle*, Pharmathèmes, Paris 2007. Parrains : Drs Jean-Jacques Ferrandis et Louis Armand Héraud.

- Dr Marie-Laure Barrault, docteur en médecine intervenant actuellement en milieu gériatrique, après avoir exercé en milieu rural dans l'Yonne entre 1977 et 2006. Maîtrise d'histoire à la Sorbonne avec un mémoire (1992) intitulé "La Société Royale de Médecine 1776-1793". Parrains : Dr Benoit Vesselle et M. Jacques Monet.

4) *Informations*

Nous avons passé du 28 au 30 mai trois jours fort agréables à Marseille, avec un programme sur l'histoire de la médecine à Marseille (histoire de l'Institut de Médecine Tropicale du Pharo, peste de 1720, Hôpital Caroline sur l'île du Frioul, etc.). Les petits plats avaient été mis dans les grands (au sens propre !) par nos hôtes, d'une part le Pr Yves Baillet, Président de l'Association des amis du Patrimoine médical de Marseille, et d'autre part le MGI Marc Morillon, Directeur de l'IMTSSA. L'ensemble des exposés sera bien évidemment publié dans notre revue et les résumés mis en ligne sur notre site internet.

Pour la fin de l'année 2010, deux séances à thèmes sont en préparation :

- 23 octobre 2010 : Séance commune avec la Société d'histoire de la pharmacie.

- 10-11 décembre 2010 : Journées d'histoire de la chirurgie et de l'anatomie.

5) *Livres récents*

- Gérard Tillès (Prix du meilleur livre de la SFHM 2010) *Teignes et teigneux : Histoire médicale et sociale*. Springer Verlag France, Paris, 2009.

- Jacques Battin, *Entre médecine et religion. Des saints intercesseurs à l'ordre hospitalier des Antonins*. Glyphe, Paris, Coll. Société Histoire et Médecine, 312 p.

- Xavier Riaud, *Histoires de la médecine bucco-dentaire*. Préface du Docteur Henri Lamendin, L'Harmattan, Coll. Médecine à travers les siècles, Paris, 2010, 144 p.

- Dominique Le Nen, *Léonard de Vinci, un anatomiste visionnaire*. Préface de Christian Fontaine, L'Harmattan, Coll. Médecine à travers les siècles, Paris, 2010, 144 p.

- Jacques Liefvooghe et Henri Ducolombier, *Histoire de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille de 1876 à 2003* (+ annexes documentaires sur Cédérom). Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2010, 552 p.

- Sous la direction de Bernard Brisou et Michel Sardet, *Dictionnaire des médecins, chirurgiens et pharmaciens de la Marine*. Service historique de la Défense, Paris, 2010, 870 p.

6) Communications

- **Patrick BERCHE**, Doyen de la Faculté de Médecine Paris V Descartes : *L'évolution du concept d'agent infectieux : du sarcopte de la gale aux prions*.

Pendant des millénaires, on s'est interrogé sur l'origine des épidémies dévastatrices qui frappent les populations, les animaux et les plantes. Les Grecs ont substitué aux croyances en des forces obscures, vengeance divine, malédictions ou maléfices, une explication naturelle, en postulant que tout phénomène a une cause naturelle : les maladies ont donc une cause naturelle. Le concept de contagion, entrevu par les médecins arabes, n'apparaîtra qu'à la Renaissance. L'idée que des "semences vivantes" puissent contaminer l'homme et être à l'origine de certaines maladies transmissibles est avancée en 1546 par l'Italien Girolamo Fracastor dans son ouvrage *De contagione et contagiosis morbis et curatione*. Ces semences sont des particules imperceptibles (*particulae insensibiles*) et transmissibles d'homme à homme, à l'instar des "germes" des grains de raisin pourris qui contaminent les grains sains. Pour pénétrer notre corps, il faut qu'ils soient "fins et ténus", donc invisibles. Il faudra plusieurs siècles avant que cette intuition géniale soit prouvée et admise.

- **Giorgio ZANCHIN**, Président de la Société internationale d'histoire de la médecine : *Histoire d'un symptôme : aspects historiques et actuels de l'osmophobie migraineuse*.

La perception d'une odeur qui dans des conditions habituelles n'est pas gênante, voire agréable... devient insupportable pendant une attaque de migraine : c'est ce que l'on appelle l'osmophobie. Ce symptôme peu utilisé de nos jours dans l'analyse d'une migraine avait été mis en exergue par divers auteurs anciens comme Arétée de Cappadoce (II^{ème} siècle ap. J.-C.), Galien (129-216 ap. J.-C.) ou encore Paul d'Égine (625-690). L'osmophobie migraineuse a également été particulièrement bien décrite par Bernardino Ramazzini (1633-1714) qui est considéré comme le fondateur de la médecine du travail, avec son ouvrage *De Morbis Artificum diatriba* paru à Padoue en 1713, notamment lorsqu'il évoque certains métiers pratiqués au milieu des odeurs : apothicaires, huiliers, tanneurs, fabricants, poissonniers, etc. Après avoir fait référence aux écrits de ces auteurs anciens, l'auteur présente une étude conduite au Centre de la migraine de l'Université de Padoue avec ses propres patients, où il a pu mettre en évidence la valeur sémiologique de l'osmophobie dans le diagnostic différentiel entre les vraies migraines (où elle est régulièrement présente) et les céphalées par tension psychique, où elle est absente.

- **Gérard TILLÈS** : *Les enfants teigneux à l'hôpital Saint-Louis*.

Le décret du 4 décembre 1801 officialisa la présence à Saint-Louis des enfants teigneux. En 1810, l'administration hospitalière attribue à des guérisseurs, la famille Mahon, le monopole de traitement des teignes dans les hôpitaux de Paris. Les Mahon épilent un par un les cheveux parasités. Au tournant des années 1830, des médecins de culture germanique (Schönlein, Gruby) montrent l'origine mycosique des teignes. À Saint-Louis, Bazin met à profit ces découvertes pour obtenir en 1853 la création d'un service et d'un dispensaire pour enfants teigneux dont le traitement devient l'affaire des

médecins. Le traitement (épilation) reste long et douloureux. La création en 1886 à Saint-Louis d'une école pour enfants teigneux (école Lailler) permet de conjuguer traitement ambulatoire et instruction primaire obligatoire. En 1897, les préoccupations hygiénistes de la Ville de Paris amènent la création d'un hôpital de teigneux à Saint-Louis. Sabouraud reconnu pour ses découvertes mycologiques prend la direction du Laboratoire Municipal des teignes créé pour lui à Saint-Louis. Il assure la promotion de la mycologie médicale et du traitement des teignes par les rayons X, récemment découverts, qu'il utilise en même temps qu'il en fait l'apprentissage. Les teignes guérissent en quelques jours au prix de séquelles précoces parfois sévères pour les médecins expérimentateurs. Dans les années 1950, la griséofulvine remplace la radiothérapie en même temps que sont publiés les premiers accidents tardifs des rayons X.

- **Michel GERMAIN** : *Histoire des gants chirurgicaux.*

La naissance des gants chirurgicaux résulte en fait de l'application à la chirurgie du concept de "gant", grâce à une double évolution. Évolution du matériau, de plus en plus maniable et adapté, passant du caecum de mouton au coton, à la soie, au cuir, puis au caoutchouc de latex. Évolution du but utilitaire, initialement simplement protecteur de la peau des mains et des avant-bras, contre l'effet corrosif des antiseptiques, puis pour l'asepsie des interventions chirurgicales. Plusieurs chirurgiens se sont illustrés dans la mise au point de ces gants chirurgicaux. L'aboutissement à la création du gant dit chirurgical est donc une lente évolution et non une découverte ; l'utilisation de ces gants est actuellement incontournable et leur usage de plus en plus important. Ils doivent assurer une protection croisée praticien-malade.

- **Philippe CHARLIER, Catherine DECAURE, Pierre-Fleury CHAILLOT, Isabelle HUYNH-CHARLIER** : *Recherches paléopathologiques actuelles dans les catacombes de Paris.*

Les catacombes de Paris correspondent à des carrières (dont certaines remontent à l'époque gallo-romaine) dont certaines galeries ont été comblées entre la fin du XVIIIème et le tout début du XIXème siècle par des ossements humains provenant de la vidange des cimetières *intra-muros* de la capitale. Ce sont au total près de 6 millions d'individus qui reposent ainsi près de 20 mètres sous terre, parfois mêlés en tous sens, parfois classés par cimetière ou paroisse d'origine. De façon systématique ou au décours de dégradations (souvent accidentelles, parfois délictuelles), il est possible de procéder à un examen paléopathologique des ossements apparents. S'il est évidemment impossible d'avoir une vision globale de l'état de santé des populations parisiennes entre l'époque mérovingienne et la fin du XVIIIème siècle (périodes correspondant aux nécropoles "vidangées"), il est en revanche possible de cerner quelques pratiques sociales et de réaliser quelques diagnostics intéressants pour l'histoire des maladies et des pratiques médico-chirurgicales. On verra ainsi que les fragments anatomiques amputés étaient déposés en terre consacrée ou, au moins, dans l'enceinte du cimetière ; que certaines lésions sont encore identifiables malgré le morcellement corporel (fractures plus ou moins bien consolidées, ostéomyélite chronique, maladie de Paget, tassements vertébraux ostéoporotiques, trépanation en voie de guérison, etc.).

- **Philippe ALBOU** : *Histoire du traitement de la fièvre avant l'aspirine.*

L'importance de la fièvre dans l'histoire de la pratique médicale n'est pas à démontrer ! Nous étudions l'approche de ce symptôme et de son traitement par les médecins de la fin du XIXème siècle, c'est-à-dire avant l'utilisation à grande échelle de l'aspirine, ou acide acétylsalicylique, commercialisé en 1899 par la firme allemande Bayer, à la suite

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU SAMEDI 19 JUIN 2010

des travaux de Felix Hoffman (1868-1946), qui avait poursuivi ceux de Charles Gerhardt (1816-1856). L'arsenal thérapeutique se répartissait alors en trois grands chapitres : les règles d'hygiène ; le refroidissement, ou "médication anti-thermique", avec par exemple la prescription de bains ou d'enveloppements froids ; et enfin l'utilisation de quelques médicaments antipyrétiques comme la quinine, la digitale, la vératrine et l'antipyrine. À partir des manuels de l'époque, nous analyserons la conduite à tenir qui était alors préconisée face à ce symptôme, et aussi les règles particulières du traitement de la fièvre dans certaines affections comme le paludisme, la typhoïde, la pneumonie ou les maladies éruptives.

La séance a pris fin à 17h45. Le président a remercié les intervenants et en particulier le Doyen Patrick Berche et le Pr Giorgio Zanchin en annonçant la séance qui se tiendra le samedi 23 octobre 2010, à l'École du Val-de-Grâce, 1, Place Alphonse Laveran, 75005 Paris pour une séance commune avec la Société Française d'Histoire de la Pharmacie.

Jacques Monet,
Secrétaire de séance

La “Marseillaise”

Vies et morts des médecins et pharmaciens de la première promotion du “Pharo” *

par Louis-Armand HÉRAUT **

Depuis son ouverture en 1907 et tout au long de son existence, l'École de médecine tropicale du “Pharo” à Marseille est restée la référence des médecins et des pharmaciens coloniaux français et de leurs successeurs.

Rappel historique

En 1900, trois colonnes militaires parties d'Alger, de Dakar et de Libreville, convergèrent sur le lac Tchad, “le nombril de l'Afrique”. Après la bataille de Kousséri et la mort du sultan esclavagiste Rabah, le deuxième empire colonial français, commencé en 1830 avec la conquête de l'Algérie, avait presque atteint sa plus grande expansion. Les territoires français d'Afrique du nord, d'Afrique occidentale et d'Afrique équatoriale furent désormais réunis en un tout cohérent. Pour satisfaire aux besoins sanitaires des troupes et des populations autochtones, un “corps de santé des colonies et des pays de protectorat” avait été créé dès 1890 ; ouvert aux médecins et pharmaciens civils, il ne fut presque entièrement composé que d'anciens médecins et pharmaciens de la Marine. L'année 1890 avait vu aussi la création à Bordeaux de “l'École principale du Service de santé de la Marine” qui remplaçait les trois écoles de médecine de la Marine (Rochefort-sur-mer, Toulon et Brest). Cette école, connue sous le nom d'usage de “Santé Navale”, va exister 121 ans. Les élèves qui en sortaient se nommaient entre eux des “Navalais”. Tout au long de son existence, l'école de Bordeaux fournit pour un tiers les médecins et les pharmaciens nécessaires de la Marine de guerre française et pour deux tiers les praticiens indispensables au Service de santé des colonies. Les médecins et pharmaciens étaient régis par le statut des officiers ; ils débutaient tous avec un grade équivalent à celui de sous-lieutenant et quelques-uns pouvaient atteindre en fin de carrière le grade de général. En 1903, le corps de santé colonial et des pays de protectorat fut rattaché aux Troupes coloniales, un corps d'armée autonome directement issu des Troupes de Marine mais distinct de l'Armée métropolitaine ; ce rattachement renforça le caractère militaire du Service de santé colonial. La paix ayant été imposée dans les territoires ultramarins conquis, le Service de santé des Troupes coloniales s'orienta de plus en plus vers les soins aux populations civiles, mais il conserva son caractère militaire et en particulier un commande-

* Séance de mai 2010.

** Résidence Grand siècle, 2, allée des Chevaliers, 78000 Versailles.

ment très hiérarchisé. Pour une meilleure efficacité sur le terrain, il apparut nécessaire d'avoir en matière de santé en milieu tropical une doctrine. C'est dans ce but bien précis que fut décidée en 1905 la création à Marseille de "l'école d'application du Service de santé des Troupes coloniales". Du fait de sa localisation sur le promontoire qui domine l'entrée du vieux port de Marseille, l'école prit le nom d'usage d'école du "Pharo" et les élèves qui en étaient issus se dénommèrent entre eux les "colos" par référence à leur vocation coloniale. L'organisation de la nouvelle école fut confiée au médecin principal de 1ère classe (colonel) Albert Clarac. Celui-ci dans un premier temps se rendit au

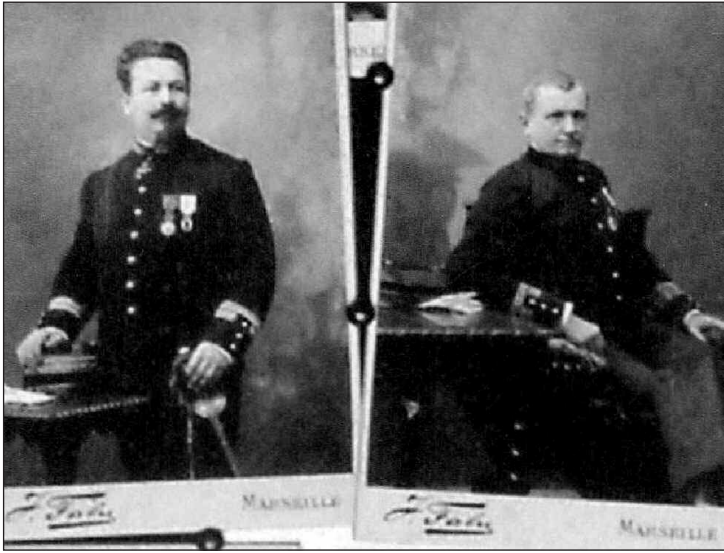


Fig. 1 : Paul-Louis Simond et Albert Clarac.
(Photo ASNOM)

Toutefois, jusqu'aux indépendances des colonies françaises en 1960 et même longtemps après, le "Pharo" accueillit presque essentiellement des stagiaires militaires issus de l'école de Bordeaux et, à partir de 1925, de la section coloniale de l'école du Service de santé de Lyon (2). À l'ouverture du "Pharo" en 1907, l'état-major de l'École comprenait des titulaires de chaire qui étaient tous d'anciens médecins de la Marine, anciens élèves des écoles de Rochefort, Toulon et Brest, et des adjoints médecins coloniaux, tous anciens élèves de l'école de "Santé Navale" à Bordeaux. Tous étaient des hommes de terrain ayant fait de nombreux séjours outre-mer. Le sous-directeur chargé des cours de biologie était le célèbre Paul-Louis Simond, qui avait découvert aux Indes en 1898 le rôle vecteur de la puce du rat dans la transmission de la peste bubonique. Si l'école de "Santé Navale" fut et resta la colonne vertébrale du Service de santé colonial français, l'école du "Pharo" par la qualité de son enseignement en devint la tête et le cœur.

L'étude qui va suivre a été réalisée à partir des dossiers biographiques archivés au Service Historique de l'Armée de Terre (1). Elle a été complétée par une enquête auprès des familles quand il a été possible de les retrouver. Elle concerne 43 des 46 officiers-élèves qui furent stagiaires au "Pharo" en 1907. À travers les documents recueillis, qui ne sont malheureusement pas tous homogènes, il est possible de connaître avec assez de

Val-de-Grâce pour étudier le fonctionnement de l'école d'application de l'Armée de terre, puis il élaborait un programme d'enseignement axé sur la pratique médicale et chirurgicale en pays tropical. Bien que militaire, l'école du "Pharo" était ouverte aux médecins et pharmaciens civils français qui adoptaient ensuite le statut de militaire ; l'exemple le plus connu est celui d'Eugène Jamot.

précision les origines, puis les destinées de ces médecins et pharmaciens. La période couverte va de 1903 à 1973, date à laquelle le dernier (François Pouliquen) s'éteindra.

Les origines de la première promotion du "Pharo"

Le 1er février 1907, arrivaient à Marseille pour un stage de neuf mois, 42 médecins et 4 pharmaciens : 39 médecins venaient de la promotion 1903 de l'école de "Santé Navale" qui comptait 53 élèves médecins "navalais".

Il s'y ajoutait 3 médecins collatéraux civils ayant fait leur service militaire. Parmi les 4 pharmaciens, 2 étaient issus de la promotion 1903 de "Santé Navale" qui en comptait 5, et 2 étaient des collatéraux venus du milieu civil. Les médecins "Navalais" avaient soutenu leur thèse de docteur en médecine à la Faculté de médecine de Bordeaux entre le mois de novembre 1906 et le 30 janvier 1907. Les 3 médecins et 2 pharmaciens civils collatéraux avaient passé leur concours de recrutement le 6 décembre 1906, après qu'une enquête de gendarmerie préalable se fut assurée de leur parfaite honorabilité.

L'origine géographique des officiers stagiaires a pu être déterminée pour 45 des 46. Les trois quarts (33) venaient des régions maritimes : Bretagne (9), Normandie (1), grand Sud-ouest (10), Provence (8), Corse (2), Antilles (2), Algérie (1). Un quart (12) venait des régions continentales : Paris (1), Champagne (2), Bourgogne (1), Centre (2), Jura (3), Savoie (2), Roumanie (1). Les Bretons, les Méditerranéens et les Aquitains formaient des groupes sensiblement équivalents. Avant d'intégrer l'école de Bordeaux, les "Navalais" étaient passés par les "trois vieilles", les anciennes écoles de Médecine Navale de Rochefort (1722), de Toulon (1725) ou de Brest (1731) qui étaient devenues depuis 1890



Fig. 2.
(Photo ASNOM)

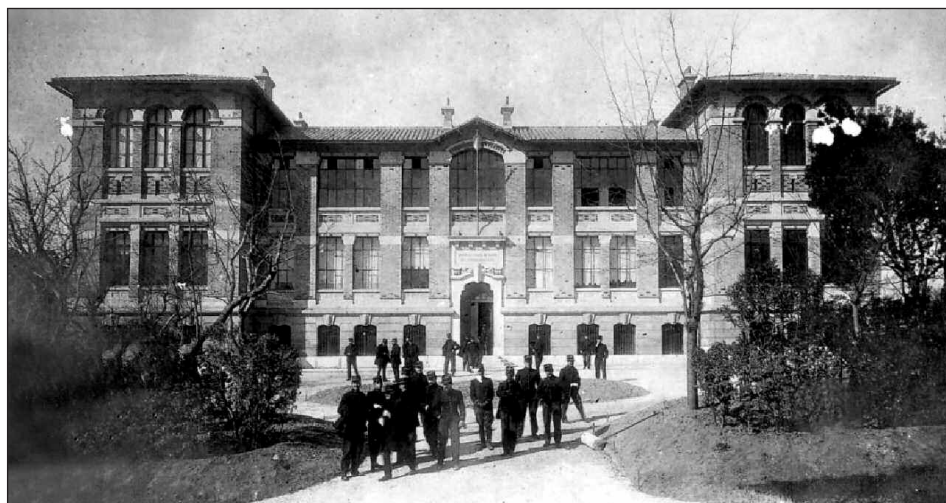


Fig. 3 : Arrivée au Pharo des médecins et pharmaciens aide-major de 2ème classe.
(Photo ASNOM)

des écoles “annexes” et préparaient les candidats au concours d’entrée à l’école “principale” de Bordeaux. Quelques-uns avaient redoublé leur année préparatoire. Certains, les plus âgés, avaient même accompli une année de service militaire. Les “collatéraux” avaient tous fait leur service militaire et obtenu le grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2ème classe de réserve (sous-lieutenant), à l’exception d’Abraham Handelsmann venu de Roumanie et naturalisé français en 1903.

La courbe des âges des médecins et pharmaciens fait apparaître en 1907 pour 42 des 46 un groupe central fortement majoritaire âgé de 25 ans (18), les plus jeunes ayant 23 ans (2) et le plus âgé 30 ans, un collatéral marié et père d’un enfant.

États sociologiques

Dans leur très forte majorité, les officiers stagiaires étaient issus de classes sociales modestes, faites d’ouvriers, d’employés, de gens de métiers, d’artisans, de petits propriétaires terriens ; huit d’entre eux étaient fils de militaires dont quatre d’officiers ; cinq seulement étaient issus de familles appartenant à une profession libérale. Il est à souligner une assez forte présence de fils d’instituteurs, au nombre de six ; les fils des “Hussards noirs” de la IIIème République vont devenir les “Hussards blancs” de la colonisation. Depuis la création de l’école en 1890 et jusqu’à la deuxième guerre mondiale, les études à Santé Navale étaient payantes et relativement chères. En 1903 les familles s’engageaient à verser 700 F de pension par an et la somme de 1300 F payable en trois annuités pour les frais de trousseau et pour “les objets nécessaires aux études”. Or le “salaire moyen ouvrier” était à cette époque de 1200 F par an, celui d’un instituteur public de 1500 à 2000 F, celui d’un ingénieur des chemins de fer de 4500 F ; un colonel d’infanterie coloniale, père de 8 enfants et en service outre-mer, déclarait un traitement de 8136 F auquel s’ajoutait 500 F pour sa Légion d’honneur. Les “boursiers”, désignés alors sous l’appellation d’“indemnitaires”, avaient été nombreux : 24 demandes de bourses avec trousseau avaient été acceptées par les conseils municipaux des lieux de résidence des familles et par le préfet du département. Trois demandes avaient été rejetées. Les revenus familiaux déclarés des familles des “indemnitaires” se situaient entre 1500 et 3000 F. De ce point de vue l’École de “Santé Navale” apparaît véritablement comme une structure d’intégration des élites plébéiennes.

La présence d’un nombre important d’orphelins (12) parmi ceux qui avaient intégré “Santé Navale” en 1903 et le “Pharo” en 1907 est une des découvertes de cette étude : onze étaient orphelins de père, un orphelin de mère. Deux étaient orphelins de père et de mère : il s’agit d’Handelsmann, né en Roumanie de parents russes, et de Chatenay qui perdit ses parents lors de l’éruption de la montagne Pelée à la Martinique en 1902. Cette forte proportion d’orphelins s’explique par l’âge souvent avancé des pères à la naissance des officiers stagiaires. Le 20 octobre 1907, à la fin du stage au “Pharo”, sept des jeunes officiers étaient mariés ; trente-quatre étaient des célibataires avérés et cinq vraisemblables. Deux étaient pères d’un enfant ; un des pères encore célibataire se maria en 1908.

Le cursus des études entre 1903 et 1907 est assez mal connu dans le détail, les archives de l’école de Santé Navale ayant été saisies par les Allemands le 28 juin 1940. Ces archives, si elles n’ont pas été détruites, pourraient faire partie du fonds “Moscou” (1) en cours de dépouillement au Service historique de la défense. Néanmoins à travers les documents conservés, il apparaît que beaucoup des “Navalais” avaient été externes des hôpitaux, prosecteurs d’anatomie, préparateurs dans les laboratoires de la Faculté, aides en radiologie dans le laboratoire du professeur Bergonié à Bordeaux. Deux élèves avaient obtenu l’autorisation d’entreprendre des études de droit. Benoît-Gonin, major de la

promotion, obtint une médaille d'argent pour sa thèse, *La paroi labyrinthique de l'oreille moyenne* ; une médaille de bronze fut attribuée à Fonquiernie. Le prix Godard de la Faculté de médecine de Bordeaux revint à Le Dentu et à Ringenbach.

Par l'enquête de gendarmerie qui avait précédé le concours de sélection, on est renseigné sur les collatéraux venus du monde civil. Abraham Handelsmann, interne en médecine des hôpitaux de Paris, fut lauréat de la Faculté. Luisi, ancien externe des hôpitaux de Paris, avait fait un an de service militaire puis plusieurs périodes militaires, ce qui le fit accéder au grade de médecin aide-major de 2ème classe de réserve. Médecin installé chez sa mère, boulevard Voltaire à Paris, il donnait des cours de musique qui lui rapportaient 1200 F par an en plus de sa clientèle. Giauffer, après son service militaire, obtint en 1904 le grade de médecin aide-major de 2ème classe de réserve. Le pharmacien Finelle fit un an de service militaire comme infirmier puis devint interne des hôpitaux de Paris avec une rémunération de 1200 F par an, à laquelle il ajouta des activités dans une officine privée.

L'enseignement reçu au "Pharo"

À l'ouverture des cours, en février 1907, P. L. Simond souligna l'importance de la biologie dans toutes les disciplines de la médecine et de la chirurgie et conclut sa première leçon par une phrase magnifique qui reflète l'esprit de l'époque : "...Vous êtes à l'âge où l'esprit est exempt de préjugés..., à l'âge des élans généreux, à l'âge où l'on s'enthousiasme pour tout ce qui est vérité, lumière et progrès". Des mots qui resteront vrais très longtemps au "Pharo". Au cours des mois qui vont suivre, Simond porta une attention toute particulière aux élèves, ce dont témoignent les annotations griffonnées au crayon sur un petit carnet conservé à l'Institut Pasteur de Paris. L'enseignement délivré au "Pharo" ne fut pas que médical. Il était de la plus grande importance qu'un officier, et qui plus est un médecin colonial, sût monter à cheval pour faire face à toutes les missions civiles et militaires qui l'attendaient outre-mer. Pour cela des cours d'équitation furent organisés au manège du 9ème Hussard de Marseille. Handelsmann ne put maîtriser son cheval et il se blessa grièvement, le début de multiples mésaventures en partie liées à ses origines israélites. S'il va s'améliorer en équitation, il restera jusqu'à la fin de sa carrière un militaire hors des normes sociales de l'époque.

Le 20 octobre 1907, le palmarès de l'École d'application fut affiché pour la première fois. Quarante et un des quarante-deux médecins stagiaires participèrent au concours de sortie. Ferrer ne s'était pas présenté, il démissionna et regagna Aïn Beïda, département de Constantine en Algérie. Stévenel sortit major de sa promotion, il fera une brillante carrière de biologiste mais plutôt médiocre sur le plan militaire. Benoît-Gonin, le major de "Santé Navale", fut classé troisième : il aura lui aussi une carrière atypique. Le premier des collatéraux, Luisi, se classa en 4ème position. Chez les pharmaciens, les deux collatéraux devancèrent les deux "Navalais" et Finelle, le major des pharmaciens, conserva cette position tout au long de sa carrière.

Clarac et Simond se partagèrent la tâche de noter les élèves ; ils furent tous notés comme "très bon officier..., très discipliné..., très laborieux" ; les dix premiers eurent droit à la mention "sujet d'élite". Lors de la cérémonie du départ, les jeunes officiers eurent l'élégance de choisir pour marraine Madame Clarac. Les docteurs Ledentu et Rebufat proposèrent à la fin d'un long poème un nom de baptême pour la première promotion du "Pharo" : "puisque son âme est jeune, héroïque et française, nommons-la, voulez vous, Messieurs : la Marseillaise !". En novembre 1907 la première promotion du

“Pharo” comptait en service actif 39 médecins et 4 pharmaciens aide-majors de 2ème classe.

Le devenir de la première promotion du “Pharo”

Le temps des pionniers (1908-1913)

La promotion 1907 du Pharo fait partie de la deuxième génération des “pionniers”, une période qui débuta en 1891 avec la sortie des premiers élèves de l’École de “Santé Navale”.

Les pharmaciens partirent sans délai outre-mer. Les médecins furent d’abord affectés pour quelques mois dans des unités coloniales stationnées en France. Le premier contact avec les “guerriers” fut dans l’ensemble excellent. Puis ce fut le grand départ par les ports de Bordeaux, Marseille et Saint-Nazaire : 24 furent affectés en Afrique noire (21 en AOF et 3 au Congo), 5 en Guyane, 1 aux Antilles, 7 à Madagascar, 1 aux Comores, 5 en Indochine. Avant de partir, en plus de leur solde mensuelle (217,5 F), ils touchèrent la prime d’équipement (575 F), la prime de harnachement (295 F) et la prime de départ colonial (195 F). Arrivés à la colonie, ils bénéficièrent d’un séjour d’adaptation de trois mois dans les hôpitaux des grandes villes côtières, puis ils partirent vers des postes militaires isolés de l’intérieur des terres.

Léon Stevenel ne parviendra à son poste de N’Guigmi au Niger, à proximité du lac Tchad, que six mois après avoir quitté Marseille.

Les jeunes médecins donnaient leurs soins aux militaires de la garnison et assuraient le service de



Fig. 4 : *Stévenel à N’Guigmi au Niger.*
(Photo ASNOM)

l’Assistance Médicale Indigène (A.M.I.) créé par Lasnetl à Madagascar à l’instigation du général Gallieni en 1899. Outre les soins individuels, ils faisaient autour du poste de nombreuses vaccinations contre la variole. Mais la situation militaire des colonies était loin d’être stabilisée, des rébellions étaient encore fréquentes ; aussi les médecins aides-majors étaient-ils requis pour participer à des opérations de pacification. Au cours d’une expédition, Mariotte, aux confins de la Côte d’Ivoire, de la Guinée et du Libéria, reçut une balle dans la tête en portant ses soins à un tirailleur sénégalais blessé, ce fut le premier mort de cette promotion. Pour honorer sa mort, la 3ème promotion du “Pharo” porta le nom de “Koyama”, en souvenir du lieu où il était tombé. Il fut enterré à N’Zébéla en Guinée. Le deuxième mort fut Salacroup, qui contracta une amibiase intestinale gravissime, compliquée d’une hémiplégie. Ne pouvant être évacué sur Conakry, il mourut après un mois de maladie ; il fut enterré à Bofosso en Guinée. Au Congo, Charles Muraz reçut la Légion d’honneur pour avoir pris le commandement de la colonne de pacification après que l’officier qui la commandait eut été mis hors de combat. Pareillement Ringenbach, désigné pour une mission scientifique d’étude de la maladie du sommeil, fut réquisitionné dès son arrivée au Congo et participa à la même expédition

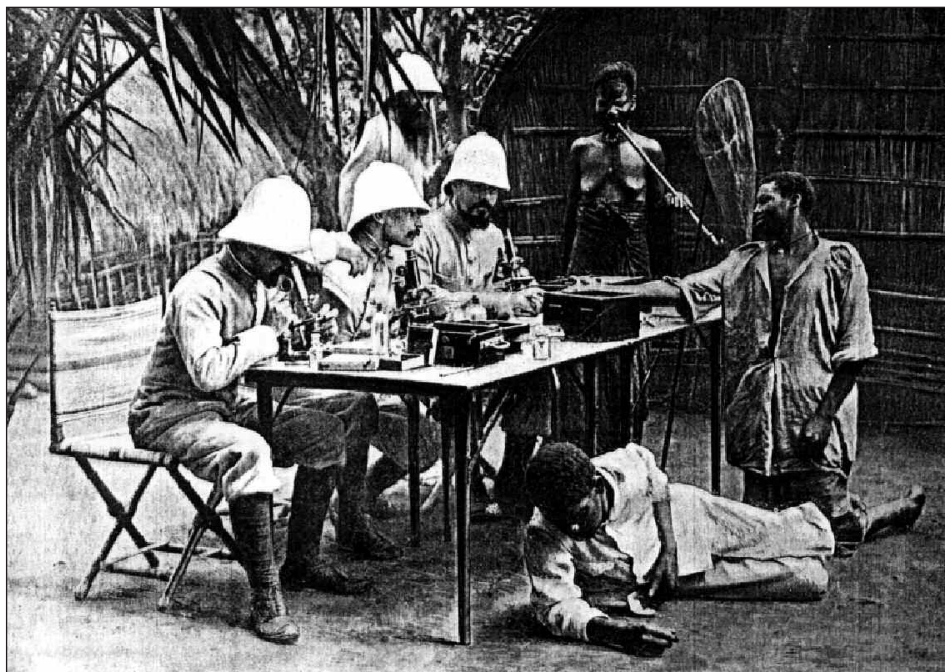


Fig. 5 : La mission Martin (Bx 93), Ringenbach (Bx 1907), Leboeuf (Bx 1900) et Roubaud au Congo. (Photo L'Illustration)

que son camarade Muraz, dont il reçut par la suite les soins. Il sera lui aussi décoré de la Légion d'honneur en 1913. Le même Ringenbach sera récompensé peu après par l'Académie de médecine pour ses travaux sur la trypanosomiase (ou trypanosomose).

Aux Antilles, Guillen fut officiellement félicité par le Ministre de la Guerre pour "sa belle conduite" lors de l'épidémie de fièvre jaune à la Martinique.

Mais la discipline ne perdait pas ses droits et des punitions se mêlaient aux récompenses : les fautes administratives ou les impertinences envers les supérieurs hiérarchiques étaient sanctionnées par des jours d'arrêts. Néanmoins la notation de ces officiers fut en général excellente : tous montraient de bonnes qualités médicales et chirurgicales. Le premier séjour tropical fut éprouvant : presque tous eurent "la santé ébranlée" ; six furent rapatriés pour raison de santé avant la fin de leur séjour colonial. Luisi, atteint d'une dysenterie amibienne sévère, fut évacué dans des conditions très périlleuses depuis Kiffa en Mauritanie ; il mit 40 jours pour atteindre Kayes au Soudan, 30 jours pour gagner Dakar et seulement 7 pour débarquer à Bordeaux. De retour en France, il fut placé en non disponibilité jusqu'à l'entrée en guerre en 1914. De retour en métropole, les médecins et pharmaciens retrouvèrent le plus souvent leur corps d'affectation de 1908. Au cours du séjour métropolitain, quatre s'initèrent à l'odontologie dans la clinique du docteur Siffre à Paris. Ringenbach fit un stage à l'Institut Pasteur de Paris ; Stévenel, Robert et Salomon rejoignirent l'Institut Pasteur de Lille dirigé par Albert Calmette, le grand ancien protecteur des médecins coloniaux. Le Dentu acquit un diplôme de docteur en médecine à Londres.



Fig. 6.

(Photo ASNOM)

Le deuxième départ outre-mer fut marqué par la diversification des affectations. Aux destinations vers l'AOF, l'AEF, l'Indochine, Madagascar et Guyane s'ajoutèrent les affectations en Inde, en Chine, au Siam, en Éthiopie, au Maroc et en Nouvelle-Calédonie. Au Congo, Charles Muraz et Ringenbach défendirent les intérêts français face aux Allemands du Cameroun et poursuivirent leur lutte contre la trypanosomiase. A Dakar, Hudellet qui avait été à Bordeaux l'élève de son aîné Tribondeau ainsi que du professeur Bergonié, installa le premier appareil de radiologie d'Afrique noire française. Guérin fut nommé professeur à l'école de médecine coloniale de Pondichéry, fondée en 1863 par les médecins de la Marine. À Bangkok, Robert fut à l'origine de l'Institut Pasteur. En Nouvelle-Calédonie, Salomon lutta contre la lèpre et reçut pour cela trois "témoignages officiels de satisfaction". Pouliquen à Madagascar fut cité à l'ordre des Troupes pour avoir sauvé son ambulance lors d'un terrible cyclone qui avait ravagé Diégo-Suarez. La discipline ne se relâchait pas, une attention particulière était portée à la tenue vestimentaire et au comportement social ; l'un d'entre eux fut puni de 8 jours d'arrêts simples "pour fréquentation de gens intempérants".

En 1912, les 10 premiers sortis du "Pharo" cinq ans plus tôt furent promus médecin ou pharmacien major de 2ème classe (capitaine), les autres ne le furent qu'en 1913.

De nombreux médecins (8) et pharmaciens (2) furent rapatriés avant la fin de leur temps colonial pour raison de santé. Un médecin affecté au Yunnan, en Chine, contracta la syphilis à la suite d'une blessure chirurgicale par aiguille de Reverdin ; il fut traité avec succès. Un autre subit une vaccination antirabique. Revenus en métropole pour la deuxième fois, quatre furent désignés pour des stages d'odontologie qui se firent désormais à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. À la veille de la guerre, il restait 36 médecins et 4 pharmaciens en service actif.

Les combattants (1914-1918).

Le 2 août 1914 débuta la Grande Guerre. Les Troupes coloniales furent appelées à combattre sur les fronts européens, en France et dans les Balkans. La moitié des médecins et des pharmaciens coloniaux de la promotion 1907 était en France, l'autre moitié était outre-mer. Tous, médecins et pharmaciens, participèrent aux combats en Europe sauf deux : Charles Muraz, qui mourut du tétanos en 1915 au Sénégal, et Rebufat, atteint de tuberculose pulmonaire, qui mourut en 1917. Le temps passé au front fut variable, en moyenne 24 des 52 mois de la guerre. Dans les colonies, la tâche des médecins était double : d'une part lutter avec des effectifs réduits contre les épidémies, d'autre part assurer le recrutement des troupes indigènes. Les médecins accompagnèrent en Europe les troupes noires qu'ils avaient recrutés. Dès les premiers jours de la guerre, certains médecins avaient connu la captivité : Giudice fut pris à Walscheid dans les Vosges, et Giauffer, Gouriou et Stévenel lors de la reddition de la place de Maubeuge. En application des conventions de Genève, ils furent relâchés après quelques mois passés en Allemagne et regagnèrent la France par l'intermédiaire de la Suisse.

Calme, sang froid, proximité des combattants, entrain et bonne humeur, dévouement professionnel furent les qualités les plus appréciées des "poilus" (2). Le Marseillais



Fig. 7 : Stévenel prisonnier en Saxe. (Photo ASNOM)

Giudice fit l'admiration du général de Langle de Carry qui écrit : "il était aussi calme sous la mitraille que dans une clinique", il reçut la Légion d'honneur et la Croix de guerre avec palmes. Ces médecins militaires, à la fois protecteurs du soldat et auxiliaires du commandement, rencontrèrent parfois des difficultés éthiques. Partagés entre le devoir médical et le devoir militaire, ils se trouvaient parfois dans une position difficile. En 1917, l'époque était tragique, les condamnations à mort pour l'exemple se multipliaient. Fonquernie, connaissant la sanction, refusa d'indiquer au commandement la nature et la direction des blessures qu'il était amené à soigner. Outre-mer, Pouliquen refusa d'incorporer de jeunes recrues réunionnaises qu'il estimait trop faibles pour la guerre en Europe. Pour cela ces médecins furent très mal jugés par le commandement ; ils vont mettre leur point d'honneur à montrer leur courage au feu.

À la fin de la guerre, la première promotion du "Pharo" comptait trois Légions d'honneur pour fait de guerre, 30 citations, 19 Croix de guerre dont 4 avec palmes, 8 étoiles de vermeil, 6 d'argent, 10 de bronze. Handelsmann, victime des préjugés de l'époque, fut décoré du "Courage Serbe" et Giudice de la "Bravoure Italienne". Benoît-Gonin reçut les félicitations du célèbre professeur Latarjet pour son habileté opératoire. Combes fut décoré de la médaille de la vaccine pour avoir enrayé une épidémie de variole à Ouagadougou en Haute-Volta. Gravelat reçut la médaille de vermeil des épidémies pour avoir combattu la peste au Sénégal, et Le Fers une médaille d'or pour avoir fait face à une épidémie de grippe au Maroc. Mais encore une fois il n'y eut pas que des récompenses : deux médecins furent punis par des jours d'arrêts de rigueur et l'un d'entre eux reçut un blâme du Président du Conseil des Ministres et Ministre de la Guerre pour avoir critiqué ses chefs hiérarchiques.

Au sortir de la Grande Guerre, la première promotion du Pharo avait payé un lourd tribut : 6 médecins étaient morts de maladie, 1 de blessure en service commandé et 1 dans un bombardement. Jean Mazet, médecin du Bataillon du Pacifique, fils unique d'un instituteur provençal, fut tué par un obus le 20 octobre 1918 à Monceau-le-Wast près de Laon ; ce fut le dernier mort du conflit. D'autres avaient été blessés dont le pharmacien Finelle responsable d'un groupe de brancardiers. À Verdun, Pouliquen avait été gazé par l'ypérite à trois reprises. Il ne restait en service actif que 29 médecins et les 4 pharmaciens. Tous étaient épuisés. Le quart des 39 médecins sortis du "Pharo" en 1907 était décédé. La réadaptation au temps de paix se révéla difficile. Les hommes mûris dans les épreuves prirent des libertés vis-à-vis des autorités hiérarchiques ce qui entraîna des sanctions. Un chirurgien aux brillants états de service, souffrant des séquelles d'une grave blessure au pied, devint toxicomane ; il fut puni par un "retrait d'emploi" et placé en non disponibilité.

Le temps des ouvriers de l'Empire (1919-1939)

Cette période se divise en deux, avant et après 1930. En 1919, le Service de santé des Troupes coloniales souffrit d'un grave déficit des effectifs : "là où il faudrait neuf médecins il n'y en a que deux", se plaignait le gouverneur du Congo. Or, dans le même temps, le Service de Santé des Troupes Coloniales reçut des responsables politiques de l'époque la mission de "développer la force de travail de l'Empire", afin d'en exploiter les richesses potentielles. Pour atteindre ce but il était nécessaire d'avoir une population indigène en bonne santé et d'en augmenter le nombre par une politique nataliste.

Les campagnes de recrutement lancées en direction du monde médical civil n'eurent pratiquement aucun succès ; les quelques médecins et hygiénistes russes recrutés après la révolution de 1917 ne purent pallier le déficit. Seuls les médecins et pharmaciens militaires coloniaux restaient disponibles. Pour atteindre le but qui lui était fixé, le Service de Santé des Troupes Coloniales dut jouer sur trois registres complémentaires. Il multiplia l'action de l'Assistance Médicale Indigène. Il inventa une médecine de conception nouvelle, offensive, mobile et autonome ; ce fut une médecine de masse, orientée en premier lieu contre la maladie du sommeil, elle s'étendra plus tard aux autres grandes endémies tropicales. Le médecin lieutenant-colonel Jamot eut le très grand mérite d'être à l'origine de ce service nouveau. Le troisième volet reposa sur la création d'écoles de médecine en Asie, en Inde et en Afrique, ce qui permit à des médecins autochtones de venir aider les cadres médicaux militaires coloniaux. Il s'y ajouta de nombreuses écoles pour sages-femmes et des maternités.

Dans ce contexte difficile, la promotion 1907 s'était encore réduite : un médecin avait démissionné et trois médecins



Fig. 8 : Guérin 1916.

(Photo ASNOM)

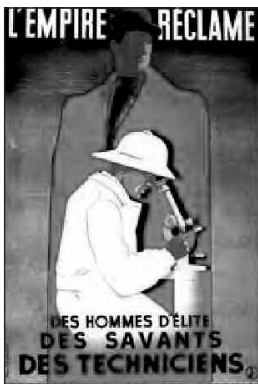


Fig. 9 : Affiche publicitaire.
(Circa 1930)

avaient été placés en non disponibilité. Les vingt-quatre médecins et les quatre pharmaciens restants de la 1907 se répartissaient à travers le monde. Ils étaient à Tahiti, en Chine et au Siam. Du fait de leur ancienneté et de leur grade, ils n'étaient plus en brousse mais dans les grandes villes, dans les hôpitaux, les directions des services de santé outre-mer. Les séjours s'allongèrent et les rapatriements pour raison de santé furent moins nombreux. La foi en leur mission humanitaire ne diminuait pas. Malgré les fatigues cumulées, ils avaient comme Fonquernie "l'ardent désir de faire participer les populations indigènes aux progrès de la science et de l'assistance française". Certains s'enracinaient : Chatenay aux Antilles, Georgelin au Gabon, Gouillon en Chine, Liot à Tahiti prirent leur retraite sur place. Robert développa l'Institut Pasteur de Bangkok. Guérin assura la sous-direction de l'Institut Pasteur de Saïgon et reçut les félicitations chaleureuses de Yersin ; il représenta la France dans divers congrès de médecine tropicale en Asie. Herrmann assurait un service particulier qui faisait partie du service colonial, celui de la surveillance médicale des transports de bagnards vers la Guyane. Léon Stévenel poursuivait à la Guyane ses travaux qui l'amènèrent à isoler la phytostérine, principe actif de l'huile de chaulmoogra, seul médicament alors actif contre la lèpre ; il laissa son nom à un colorant biologique toujours en usage de nos jours, le "bleu de Stévenel". Gravat, après avoir suivi un stage à l'École de guerre, fut affecté à la Direction centrale et au Ministère des colonies ; il représenta la France dans plusieurs congrès internationaux de médecine militaire. En 1928, beaucoup avaient obtenu le grade de médecin ou de pharmacien major de 1ère classe, grade qui se transforma, le 28 mars de la même année, en médecin ou pharmacien commandant. Cette année-là, Sebillé, depuis longtemps en mauvaise santé, mourut brutalement en France d'une infection pulmonaire ; son décès vint s'ajouter à celui de Le Camus (1924), de Handelsmann (1924) et de Benoît-Gonin (1927). Tous ces médecins souffraient d'affections contractées pendant la guerre et au cours de longs séjours aux colonies. En 1929, 14 des 39 médecins sortis du "Pharo" étaient morts. À ces morts s'ajouta en 1930 le départ en retraite à 25 ans de service (comme le permettait le statut des officiers) de 12 médecins et de 2 pharmaciens. La promotion 1907 s'était réduite comme une peau de chagrin. Il ne restait plus en service actif que 11 médecins et 2 pharmaciens.

La deuxième partie de cette période (1930-1939) pourrait s'intituler : "la course aux étoiles" (3). Six médecins furent contraints pour des raisons de santé ou autres de prendre leur retraite. Certains y furent fermement invités : Fonquernie qui, depuis les bombardements de la Grande guerre, était atteint d'une surdité profonde se vit signifier, malgré ses mérites, qu'il n'y avait "pas d'emploi réservé dans les Troupes coloniales". Il ne reste de lui que le nom d'une puce vectrice de la peste à Madagascar. De même, Robert, dont la "santé laissait à désirer", fut poussé à prendre sa retraite. Chatenay choisit une carrière civile à la Martinique, carrière qu'il avait préparée de longue date ; on le retrouvera plus loin. Colombani "un pur et un sûr" eut le handicap d'être plus âgé que ses camarades ; des raisons familiales l'amènèrent à quitter la compétition. Stévenel, savant bactériologiste au caractère entier, comprit avec un soupçon d'amertume qu'il n'avait plus aucune chance, il se replia sur l'Institut Pasteur de Paris. Le Fers, assez discret mais efficace, avait de sérieuses chances d'accéder aux étoiles, les circonstances ne le servirent pas et il décrocha lui aussi. Le cas du pharmacien Cesari est navrant : il avait toute les qualités requises pour devenir général, tout le monde le souhaitait et son mérite était grand mais son camarade Finelle, plus jeune, avait déjà été promu et occupait le seul poste de pharmacien général, il dut "donc trouver dans sa haute conscience et dans son esprit du devoir

les satisfactions dernières de sa vie militaire et coloniale” ; il le fit avec dignité. Les Français otages des Japonais en Indochine entre 1940 et 1945 lui devront beaucoup car il avait réorganisé avant le deuxième conflit mondial toutes les pharmacies d’approvisionnement de l’Indochine. En 1938, la première promotion du Pharo comptait un médecin général, Gravellat, et un pharmacien général, Finelle.

Crépuscule et derniers éclats de la première promotion du “Pharo”

Dans les mois qui suivirent le déclenchement de la deuxième guerre mondiale, Bodet qui avait remplacé en Indochine son camarade Gravellat malade, accéda lui aussi et pour son malheur au grade de médecin général. Revenu en France, il était le 13 mai 1940 à Sedan lors de la fulgurante offensive allemande de Guderian sur le front des Ardennes. Pris dans la tourmente, victime des circonstances, il devint le bouc émissaire de la défaite. Traduit devant un conseil de guerre alors que les Allemands étaient aux portes de Paris, il fut condamné pour l’exemple et, après avoir été dépouillé de son uniforme, incarcéré à la prison de Fresnes. Il obtiendra sa réhabilitation complète en 1946. Ringenbach, directeur en Chine de l’hôpital français Paul Doumer de Canton, fut lui aussi promu général. Restaient deux autres médecins d’active : le médecin colonel Le Dentu (gendre du médecin général Clarac) et le médecin colonel Salomon. Ce dernier, directeur du Service de Santé du Dahomey, atteint par la limite d’âge en avril 1940, ne put de ce fait être promu général ; mobilisé sur place, il fut maintenu dans ses fonctions. En France, les médecins et pharmaciens retraités de la 1907 avaient été mobilisés dès le 3 septembre 1939. Après l’armistice du 25 juin 1940, les survivants de la première promotion du “Pharo” furent tous démobilisés à l’exception de Salomon qui, devenu médecin colonel de réserve, continua à diriger le Service de Santé du Dahomey jusqu’en décembre 1942, date à laquelle il rejoignit par voie transsaharienne Alger, puis la France. En 1944, à la Libération, Salomon reprit du service en Bretagne ; il devint médecin-chef de la subdivision de Quimper et président de la commission de réforme du Finistère. Georgelin mourut en 1942 au Gabon et laissa son nom à une rue de Libreville. À Fort-de-France Chatenay devint le chef du Service de Santé des Antilles le 14 juillet 1943 quand ces territoires se rallièrent aux forces françaises combattantes, il resta médecin-colonel. Gouillon, médecin civil à Haiphong depuis 1930, marié à une dame chinoise, entra en résistance contre les Japonais dès 1940. En mars 1945, il fut arrêté et torturé par la “Kampétai” (gestapo japonaise) puis envoyé dans un camp d’internement ; les Américains venus de Chine le délivrèrent avant le débarquement au Tonkin du général Leclerc le 8 mars 1946.

Les décès qui s’étaient arrêtés en 1928 reprirent en 1942 pour devenir plus nombreux à partir de 1959. Le médecin général Gravellat était mort en 1942 à Royan en Charente-Maritime ; à la suite d’une confusion avec Royat, ville d’Auvergne qui avait abrité la Direction du Service de santé pendant la guerre, il était encore recherché par les services en 1948 ! Le Savoyard Ringenbach décéda en 1971. Sa carrière avait été particulièrement brillante. Il avait obtenu en début de carrière de nombreuses récompenses pour sa participation à la lutte contre la maladie du sommeil au Congo, son courage fut remarqué au cours de la Grande Guerre puis il assura de 1922 à 1940 avec autorité et compétence la direction de l’hôpital français “Paul Doumer” de Canton en Chine. Colombani mourut en 1972 dans sa 94^{ème} année ; il avait été cité 4 fois en 1914-1918 ; ce fut un solide médecin colonial ; il repose en Corse à Pioggiola, dans le village qui l’avait vu naître. Le dernier à quitter ce monde en 1973, à l’âge de 90 ans, fut François Pouliquen. Breton modeste, authentique héros de la Grande Guerre, gazé trois fois à Verdun, père de huit



Fig. 10 : Tombe de François Pouliquen à Landivisiau. (Photo ASNOM)

enfants, pensionné à 100%, il aura fait preuve tout au long de sa vie d'une pugnacité tranquille exceptionnelle.

Conclusions

Les médecins et les pharmaciens de la promotion 1907 eurent des destinées variées, parfois tragiques. Pourtant aucun n'a failli dans sa vocation de médecin et de pharmacien colonial. Les maladies qu'ils avaient affrontées furent plus sournoises mais non moins redoutables que le feu de l'adversaire. Sans aucun doute ces médecins, que l'on pourrait appeler des médecins aux mains nues, pratiquèrent une chirurgie qui, de nos jours, serait qualifiée de sommaire, sans aucun doute ils imposèrent aux populations des mesures d'hygiène autoritaires, ségrégatives et draconiennes, mais ils furent les propagateurs efficaces de la vaccination jennérienne et contribuèrent à l'éradication de la variole, un des plus terribles fléaux de l'humanité qui tuait et mutilait. "Capitaines moustics" à l'instar de Le Moal (3), ils luttèrent avec acharnement contre les vecteurs des maladies exotiques, ils endiguèrent dans une lutte incessante le paludisme et la fièvre jaune. Il est certain que les médicaments préparés par leurs camarades pharmaciens étaient élémentaires, mais avec ces moyens réduits ils ont mis en place, au péril de leur vie, le maillage sanitaire qui finit par contrôler des grandes maladies endémo-épidémiques qui ravageaient avant leur arrivée les territoires tropicaux du domaine colonial français. Dans leur chair et celle de leur famille, ils payèrent le prix fort. Avec lucidité, ils acceptaient le risque. Ils croyaient à la mission que leur avait confiée par la France, une France qu'ils voyaient généreuse et à laquelle ils étaient viscéralement attachés. Ils croyaient au progrès et aux valeurs universelles de la science. Pour toutes ces raisons, il convenait de rendre hommage à leurs mânes et de rappeler leurs noms cent-trois ans après leur passage en ces lieux.

LOUIS-ARMAND HÉRAUT

NOTES

- (1) Archives militaires françaises saisies par l'URSS en 1945 et rendues depuis à la France.
- (2) Surnom donné aux combattants français qui ont vécu pendant quatre ans dans les tranchées.
- (3) Étoile : distinction qui dans l'armée française marque le grade de général.

BIBLIOGRAPHIE

Dossiers biographiques. Service historique de la défense. Château de Vincennes, Avenue de Paris, 94306 Vincennes.

HÉRAUT Louis-Armand - La médecine militaire coloniale française : Une aventure médicale de trois-quarts de siècle (1890-1968), *Histoire des sciences médicales* : 2006, vol. 40, n° 4, p. 381-392.

MATHIS Constant - *L'œuvre des pastoriens en Afrique noire. Mission du Dr Victor Le Moal* (p 174-181), Presse universitaires de France, Paris, 1946, 580 p.

RÉSUMÉ

Depuis son ouverture en 1907 et tout au long de son existence, l'école de médecine tropicale du "Pharo", institution militaire, est restée la référence des médecins et des pharmaciens coloniaux français et de leurs successeurs. Une étude basée sur les dossiers conservés au château de Vincennes dans le Service historique de la défense a permis de reconstituer avec assez de précision l'existence des 39 médecins et 4 pharmaciens appartenant à la première promotion de cette école. Après avoir participé aux premiers temps de la colonisation, combattu les épidémies qui ravageaient les territoires tropicaux du domaine colonial français, connu les deux guerres mondiales, certains d'entre eux ont pu voir dans leur extrême vieillesse la fin de l'aventure coloniale à laquelle ils avaient consacré leur vie.

SUMMARY

Pharo military school for tropical medicine in Marseilles was opened in 1907. Documents in the Service historique de la défense in Vincennes have been scrutinized in order to know about the life and career of the 43 students first chosen (39 doctors, 4 pharmacists). A great page in the history of French military medicine.

La prise en charge à Marseille des blessés au visage pendant la première guerre mondiale *

par Jean-Louis BLANC **

Ce devait être “la der des der”, la première guerre mondiale a été à l’origine d’une hécatombe qui a provoqué la mort de neuf millions de personnes. La France, par rapport à sa population générale, a payé le plus lourd tribut à cette guerre. Elle a notamment perdu 50 % de sa population rurale et on se demande comment un pays essentiellement agricole comme elle a pu ensuite se relever. On a coutume de dire un peu cyniquement “à toutes choses malheur est bon”. C’est vrai pour les guerres et la première guerre mondiale n’a pas failli à cet adage. Elle a été, par exemple, à l’origine du développement de l’aéronautique moderne. En 1915 il y avait 158 avions, il y en avait 3600 en 1918, dont la puissance avait été multipliée par 3, la vitesse par 2 et le plafond des appareils était passé de 2500 m à 6000 m. Il en est de même au plan médical où des techniques comme les transfusions, l’anesthésie, qui avaient été décrites bien avant, ont été employées à une telle échelle pendant les quatre ans de guerre, qu’elles ont fait des progrès considérables.

Cette guerre a été marquée par l’usage formidable de l’artillerie. L’armée allemande avait, au début du conflit, une supériorité nette en ce domaine et l’égalité entre les armées n’a été retrouvée qu’en 1916. La révolution industrielle de la fin du XIX^{ème} siècle avait doté les armées d’un formidable potentiel destructeur, allant des canons de 75 dont la France était très fière, à des canons de marine amenés sur voies ferrées, jusqu’à des obusiers de 420 comme la grosse Bertha. Les projectiles avaient également été “perfectionnés” avec notamment le schrapnell, encore appelé “arrosoir du diable”, qui provoquait des dégâts considérables parmi les combattants. Enfin, cette guerre a été l’occasion de l’utilisation à grande échelle de la mitrailleuse. Capables de tirer 600 projectiles/minute, elles ont considérablement contribué à alourdir le bilan de ce conflit. La stratégie des états-majors était de préparer le terrain par l’artillerie. Aucun mètre carré de la zone d’attaque ne devait rester intact. Ensuite, sur ce terrain “préparé” l’infanterie passait à l’assaut. En définitive, cette doctrine faisait, si l’on peut dire, la part belle au camp défendant, car le terrain d’attaque était tellement dévasté qu’il gênait la progression des troupes, ainsi que celle de leur logistique.

* Séance de mai 2010.

** Association des amis du patrimoine médical de Marseille, Hôpital Salvator, 249, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 09.

On s'aperçut rapidement qu'il existait un très grand nombre de blessés au visage. En dehors des brûlures, les plaies au visage pouvaient être regroupées en deux types, en fonction de leur cause :

- soit elles étaient dues à un projectile unique, type balle de mitrailleuse, et elles consistaient alors en un orifice d'entrée, souvent un orifice de sortie et entre les deux des fractures comminutives des maxillaires,
- soit elles succédaient à un éclat d'obus et elles étaient alors caractérisées par des pertes de substance tissulaires (peau, muqueuse, os).

Quelles que soient leurs formes, ce type de blessure allait poser d'énormes problèmes aux chirurgiens qui n'étaient pas préparés à cela. La doctrine du service de santé des armées était basée sur l'expérience de la guerre de 1870 et consistait à évacuer les blessés le plus rapidement possible vers les hôpitaux de l'arrière où, pensait-on, ils seraient le mieux pris en charge. Cette doctrine va être à l'origine, dès le début de la guerre où l'armée française recule, de très nombreux cas de gangrène gazeuse du fait de la lenteur des évacuations et de leurs mauvaises conditions.

Le service de santé allait devoir réagir rapidement. C'est ce qu'il fit avec notamment la création d'hôpitaux nouveaux. L'exemple type en est la création d'un hôpital dans les locaux du Grand Palais, dont l'inauguration eut lieu le 11 octobre, soit deux mois après le début du conflit. Il comportait 1000 lits et une salle d'opération. Des hôpitaux furent aussi rapidement installés dans les bâtiments publics (lycées, hôtels etc.).

Il fallut également ouvrir des services spécialisés pour le traitement des blessures faciales. Les premiers centres spécialisés se situèrent dans les hôpitaux et écoles militaires :

- Paris, au Val-de-Grâce, sous la direction de Frey au début, puis de Morestin ensuite.
- Lyon, autour de l'école de santé militaire, sous la direction d'A. Pont, disposant de 850 lits.
- Bordeaux, à partir de l'école navale de santé, sous la direction de Herpin avec 1000 lits.

Les autres centres ouvrirent plus tard, notamment à Marseille, en 1915. Sa direction fut confiée au Professeur Léon Imbert, secondé par un stomatologiste militaire, P. Réal. Il y avait également un dentiste, le Dr Bolzano, dont on trouve les photographies sur le site internet de la BIUM. Ce centre pour le traitement des blessés maxillo-faciaux était principalement situé à l'hôtel-Dieu à Marseille, il comportait aussi quelques lits d'hospitalisation à l'hospice Sainte-Marguerite. Le total des lits dédiés à ces blessés était de 250.

Ces blessures posaient de considérables problèmes aux chirurgiens qui n'étaient pas préparés à cela. Ils durent inventer, créer de toute pièce, la chirurgie réparatrice du visage. Ces praticiens venaient d'horizons différents : chirurgie générale, stomatologie, ORL, ophtalmologie, mais aussi dentistes qui étaient secondés par les mécaniciens dentistes (prothésistes dentaires). Tout était centralisé au Val-de-Grâce et tous les mois chaque service spécialisé des régions militaires envoyait un rapport détaillé de son activité. C'est la raison pour laquelle aujourd'hui on trouve dans les archives de cet hôpital une quantité considérable de documents médicaux relatifs à cette période.

Peu à peu, une stratégie va se dégager concernant la prise en charge de ces blessés. Le traitement primaire était assuré au niveau de la zone des armées, il comportait le parage et la mise en condition du blessé, avec notamment l'immobilisation des structures osseuses en bonne position. La deuxième phase (traitement secondaire) pour le traitement de

la perte de substance se faisait, après évacuation du blessé, dans les hôpitaux de l'intérieur.

Ces blessés, tout au moins pour les plus graves d'entre eux, vont rester hospitalisés dans ces services pendant des mois, voire des années. Ces services vont représenter pour eux une sorte de cocon protecteur les isolant du monde extérieur. À la fin de la guerre le retour dans la famille va être pour chaque blessé une période critique. Dans le meilleur des cas, la famille prenait le relais du service et le blessé reprenait sa vie dans son environnement familial, mais bien souvent ce ne fut pas possible et le blessé fut rejeté et livré à lui-même. Ce fut une des raisons qui les poussa à se regrouper en une association : l'Union des blessés de la face et de la tête, dont les membres fondateurs furent B. Jourdain et A. Jugon et le premier président le colonel Y. Picot. Elle avait pour devise "sourire quand même". Son but était double, assurer l'entraide pour ces blessés qui vivaient des situations dramatiques et faire reconnaître par les pouvoirs publics le handicap représenté par la défiguration. Cette association devint ensuite l'Association des Gueules cassées dont une des sources de revenu était une participation aux bénéfices de la Loterie nationale (billets du dixième de la Loterie nationale). Cette Association fonctionne toujours. C'est aujourd'hui la Fondation des Gueules cassées qui soutient les travaux sur la recherche médicale dans le domaine de la réparation des traumatismes cranio-maxillo-faciaux.

Les chirurgiens de toutes nationalités (Français, Anglais, Américains, Allemands, etc) qui pendant ces quatre années de guerre ont travaillé au traitement de ces blessés sont retournés dans la vie civile et ils ont eu bien souvent des carrières chirurgicales brillantes en étant les pionniers de la chirurgie maxillo-faciale. Elle donna naissance par la suite à la chirurgie plastique. Les pionniers français en ce domaine ont été H. Morestin qui assura la responsabilité du service du Val-de-Grâce avec des travaux dans le domaine des greffes osseuses et cartilagineuses. On peut aussi citer L. Dufourmentel qui avait la charge du service de Châlons-sur-Marne et qui est resté connu pour un lambeau de cuir chevelu centré sur les pédicules temporo-superficiels. On pourrait en citer bien d'autres.

À Marseille, c'est au Pr Léon Imbert qu'avait été confiée la direction du service de chirurgie maxillo-faciale de la XVème région. Il était chirurgien généraliste, professeur de clinique chirurgicale depuis 1904. Il fit pendant la guerre de nombreux travaux notamment sur les greffes osseuses et cartilagineuses. Il disposait à l'hôtel-Dieu d'un secteur de chirurgie expérimentale et on trouve ses publications dans la *Restauration maxillo-faciale* qui paraissait tous les mois à partir de 1917. Il fut ensuite directeur de l'école de médecine de plein exercice de Marseille de 1927 à 1930. Léon Imbert fut l'un des principaux artisans de la transformation de cette école en Faculté de médecine en 1930 et il en fut le premier doyen jusqu'en 1937. Léon Imbert reçut un hommage appuyé de la part de l'Association des Gueules cassées à l'occasion de ses funérailles en 1955.

Parmi les Marseillais qui sont intervenus dans la prise en charge de ce type de blessure il faut citer le Pr Georges Beltrami, stomatologiste, diplômé avec le grade de D.D.S de l'université de Pennsylvanie. Il a pendant la guerre travaillé à Lyon dans le service d'A. Pont. À son retour il a créé la première école dentaire à Marseille, qui a ouvert ses portes en 1922.

On trouve également le Docteur Maurice Achard, interne des hôpitaux de Marseille et qui pendant la guerre était médecin-chef-adjoint du centre maxillo-facial de la XVIIème région (Toulouse). Il a beaucoup travaillé dans le domaine nouveau de la radiographie dans les blessures maxillo-faciales. Ses deux fils, Paul et Guy, furent ensuite de brillants stomatologistes à Marseille. La saga continua ensuite avec son petit fils Maurice, également stomatologiste à Marseille.

Le Professeur Maurice Brémond, interne des hôpitaux de Paris en 1906, élève de Sébilleau, mobilisé au début de la guerre sur le front de l'Est, travaillera ensuite dans le service de chirurgie maxillo-faciale de F. Lemaître à Vichy, dont les nombreux hôpitaux étaient transformés en hôpitaux et où la majorité des blessés de l'armée américaine furent hospitalisés. Il terminera la guerre à Nice où il opérait les blessés maxillo-faciaux à l'hôtel Négresco transformé lui aussi en hôpital. Il sera nommé en 1919 professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à l'École d'abord, puis à la Faculté de médecine de Marseille. Son fils Georges, également professeur et oto-rhino-laryngologiste, sera l'un des fondateurs de l'école ORL marseillaise.

Enfin, il ne faut pas oublier G. Lachard, qui a travaillé pendant toute la durée de la guerre dans le service du Pr P. L. Imbert à Marseille comme mécanicien dentiste. Il s'inscrira après la guerre à l'école dentaire de Marseille dont il sera diplômé. Son fils Jean, professeur titulaire de la chaire de stomatologie, sera ensuite le fondateur de l'école de chirurgie maxillo-faciale de Marseille.

Les souffrances de tous ces mutilés de la face n'auront pas été vaines et elles ont permis en 2005 la première greffe partielle de visage. En effet, cette chirurgie de pointe est l'aboutissement de toutes ces techniques qui ont été créées lors du premier conflit mondial. Cette greffe a été réalisée par un chirurgien maxillo-facial français, le Pr B. Devauchelle et son équipe, et pratiquée à Amiens qui était pendant la guerre un centre maxillo-facial extrêmement important dirigé par le Dr Blot. L'histoire est un éternel recommencement...

BIBLIOGRAPHIE

LARCAN A., FERRANDIS J.-J. - *Le service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, LBM, Paris, 2008.

FERRET K. - *Contribution à l'histoire de la chirurgie maxillo-faciale*. Thèse méd. Bordeaux, 2001.

DELAPORTE S. - *Gueules cassées de la grande guerre*. Agnès Vienot.

RIAUD X. - *Pionniers de la chirurgie maxillo-faciale*. L'Harmattan, Paris, 2010.

RÉSUMÉ

Malgré le temps écoulé, la première guerre mondiale reste présente dans les esprits. Son bilan catastrophique y est pour beaucoup : 9 millions de morts, 23 millions de blessés. Pour la France, qui est proportionnellement le pays le plus touché, on dénombre : 1,5 million de morts, soit 10 % de la population active et 500 000 blessés. La stratégie de ce conflit est nouvelle avec l'utilisation considérable de l'artillerie qui va provoquer des blessures spécifiques. Les services de santé des pays engagés n'y sont pas préparés et vont devoir très rapidement s'adapter, modifier les conditions d'évacuation et de prise en charge des blessés. Devant la fréquence et la complexité des blessures au visage, des services chirurgicaux spéciaux sont créés : Paris, Lyon, Bordeaux au début, puis dans chaque région militaire. À Marseille (XV^{ème} région militaire) ce sera à l'hôtel-Dieu sous la direction d'Imbert et Real. Ce type de blessure va poser d'importants problèmes aux praticiens : chirurgiens généraux, stomatologistes, ORL, dentistes. Parmi eux émergent Morestin, Dufourmentel, Gineset, Gillies, Joseph, Kazandjian, pionniers d'une spécialité chirurgicale nouvelle : la chirurgie réparatrice de la face.

SUMMARY

World War I is still present for its millions of dead and wounded soldiers. New types of wounds came unexpected, and the military services were necessarily unprepared. Wounds in the face were so frequent and awful that new wards had to be organized and new methods to be invented. Among great personalities in the field are to be listed Morestin, Dufourmentel, Gineset, Gillies, Joseph, and Kazandjian.

Les collections anatomo-cliniques réalisées à Marseille durant la guerre de 1914-1918 et conservées au musée du service de santé des armées à Paris *

par Jean-Jacques FERRANDIS **

Pour le Service de santé français aux armées, la Grande Guerre commença par un désastre sanitaire résultant essentiellement de trois causes : l'échec aux frontières de "l'offensive à outrance", l'importance des pertes (près de 140 000 hommes à la fin août 1914) et la retraite empêchant le Service de santé de recueillir les blessés dans les hôpitaux auxiliaires qui avaient été placés près des frontières et qui furent rapidement pris par les Allemands. Dès le mois d'octobre 1914, le Service fut réorganisé dans sa totalité. Jusque-là évacués vers l'intérieur du pays avec un simple pansement iodé, les blessés furent traités au plus près du front, dans la Zone des armées, par des équipes chirurgicales performantes dirigées par des chirurgiens confirmés et dotées de matériels sans cesse modernisés. Les missions des divers échelons de la chaîne de soins furent redéfinies, notamment les plans de triage, d'hospitalisation et d'évacuation. La fabrication des véhicules et des matériels spécifiques fut accélérée. Cette nouvelle organisation fut appliquée dès le début de 1915.

Les termes de "Zone des Armées" et "Zone de l'Intérieur" (ou Intérieur) méritent d'être définis. En effet, le territoire français était découpé en deux grandes zones : la Zone des armées sous le commandement exclusif du général commandant en chef. Située au plus près du front, cette zone ne sera pas développée ici, nous rappellerons seulement qu'elle était composée elle-même de deux secteurs : celui de l'Avant, situé sur la ligne de feu et celui de l'Arrière, encore appelé Zone des Étapes, dans lequel furent mis sur pied, dès 1915, des Hôpitaux d'évacuation nommés hôpitaux d'origine d'étapes de trois types : HOE 1 (jusqu'à 25 Km de la ligne de feu), HOE 2 (jusqu'à 150 voire 200 Km à la fin de 1917) et HOE 3 (dans les gares régulatrices à la limite de la Zone des armées et de l'Intérieur du pays). L'Intérieur fut découpé en régions militaires où les blessés étaient évacués selon des plans préétablis. Après la stabilisation du front, dès la fin octobre 1914,

* Séance de mai 2010.

** 6, rue des Impressionnistes, 91210 Draveil.

chaque région de l'Intérieur recevait les blessés venant toujours d'une même partie du front. Le décret du 4 janvier 1915 établit un parallèle entre la hiérarchie professionnelle civile et la hiérarchie militaire, en nommant directement les professeurs de faculté et les chirurgiens, médecins, pharmaciens des hôpitaux ayant au moins dix ans d'ancienneté au grade de major de 1ère classe. Ceux ayant moins de dix ans étaient nommés au grade de major de 2ème classe. En 1917, la Zone des armées disposait ainsi d'environ 9 000 médecins et de 500 équipes chirurgicales et l'Intérieur de 6 700 médecins et de 350 équipes chirurgicales. Or, le nombre des blessés et des malades traités était d'environ 20 000 aux armées et de 230 000 à l'Intérieur. Près de 20 000 mutations furent prononcées et en janvier 1918, la répartition entre la Zone des armées et celle de l'Intérieur s'établissait aux environs des deux tiers de l'ensemble des effectifs pour la Zone des armées. Le résultat de toutes ces mesures fut de renforcer peu à peu le corps médical de l'Intérieur, en maintenant cependant la possibilité de récupérer des équipes chirurgicales en fonction des besoins opérationnels dans la Zone des armées.

Après des initiatives individuelles, le premier service spécialisé fut créé le 21 avril 1915 : il était réservé aux blessés présentant des fistules osseuses. Puis, des services spécialisés en ophtalmologie et en ORL furent ouverts. Mais il fallut attendre les circulaires du 2 avril 1917, pour que des services spécialisés dans le traitement des fractures et des blessures des grandes articulations fussent officiellement créés. Depuis l'Avant jusqu'aux grands services de l'Intérieur, un blessé pouvait ainsi recevoir un traitement continu et identique. Ces restructurations et nouvelles définitions des tâches permirent de distinguer trois ordres de formations chirurgicales de l'Intérieur : - les formations de premier ordre où se trouvaient le chirurgien chef du secteur et les chirurgiens les plus qualifiés (un chirurgien pour 500 lits), dans les places qui possédaient deux mille lits et plus ; - les formations de deuxième ordre où l'on pouvait traiter des blessés peu graves et exécuter les opérations courantes, dans les places où le nombre de lits était de mille à deux mille (un bon chirurgien aidé d'un autre moins qualifié) ; - les formations de troisième ordre (500 lits), où l'on n'hospitalisait que les blessés très légers ou en voie de guérison.

La XVème région militaire durant la guerre

L'agglomération de Marseille, objet de notre étude, constituait l'une des destinations ultimes de la chaîne d'évacuation. Elle dépendait de la XVème région militaire qui regroupait les départements des Bouches-du-Rhône, du Gard, du Vaucluse, de l'Ardèche, du Var, des Basses-Alpes et des Alpes-Maritimes. Le commandement militaire et la direction du Service de santé aux armées de cette région étaient installés à Marseille. Dans ces régions qui ne connaissaient pas de combats, les hôpitaux existant avant la guerre continuaient d'accueillir les populations civiles. Afin de faire face aux besoins propres des militaires dans ces régions et aux évacuations de la zone des armées, des hôpitaux temporaires (HT) furent organisés dans de nombreuses localités de l'Intérieur, à la condition de respecter un cahier des charges imposé par le Service de santé militaire. Ces hôpitaux étaient de divers types : les hôpitaux complémentaires (HC) s'ils étaient gérés par le Service de santé militaire ; les hôpitaux auxiliaires (HA) s'ils étaient gérés par les sociétés d'assistance ; les hôpitaux bénévoles (HB) s'ils étaient gérés par des particuliers, des associations, des communautés ou des collectivités locales.

S'agissant de ces hôpitaux bénévoles, trois sociétés d'assistance de la Croix-Rouge existaient en 1914 : la Société française de Secours aux Blessés Militaires (SSBM) créée

en 1864 ; l'Union des Femmes de France (UFF) créée en 1879 ; l'association des Dames françaises (ADF) créée en 1881. La SSBM. était la plus importante des sociétés de Croix-Rouge, elle fut seule autorisée à intervenir dans la zone des armées, notamment pour le bon fonctionnement des trains sanitaires. La numérotation des hôpitaux se faisait par région militaire, sans tenir compte du découpage en départements. Pour les hôpitaux bénévoles, il était tenu compte du nom de la société d'assistance et le n° était suivi de "bis" (SSBM, n° 1 à 100, au-delà n° dans la série des 300 ; UFF, n° 101 à 200, au-delà n° dans la série des 400 ; ADF, n° 201 à 300, au-delà n° dans la série des 500). L'Assistance aux convalescents militaires (ACM) a été créée en août 1914. Rattachée au ministère de la Guerre, cette association gérait les hôpitaux-dépôts de convalescents (HDC), de 20 à 30 lits, installés dans les régions au climat doux, au bord de la Méditerranée.

Après ces précisions préalables, il est possible de noter les 108 établissements d'hospitalisation temporaire de l'agglomération marseillaise : l'hôpital militaire permanent Michel Lévy et ses 3 annexes (HM), 6 hôpitaux complémentaires (HC), 14 hôpitaux-dépôts de convalescents (HDC), 46 hôpitaux auxiliaires (HA), 27 hôpitaux bénévoles (HB), 5 groupes d'hospitalisation (GH), 5 sections d'hospitalisation (SH), 1 hôpital indo-chinois.

L'Établissement "Archives et documents de guerre" au Val-de-Grâce à Paris

La restructuration totale du Service de santé français qui allait devenir le plus performant de toutes les armées engagées dans le conflit, fut incontestablement l'œuvre de Justin Godart, avocat lyonnais nommé le 1er juillet 1915 sous-secrétaire d'État chargé du Service de santé aux armées. L'une de ses réalisations est moins connue des historiens mais elle est intéressante pour notre sujet. En effet, par l'arrêté du 5 mai 1916, Justin Godart créa au Val-de-Grâce, à Paris, l'établissement "Documents et Archives de guerres" en écrivant : "... j'ai décidé de réunir et de conserver tous les objets et documents qui, à un titre quelconque, touchent à l'organisation et au perfectionnement du Service de santé, qui intéressent les techniques employées et les résultats obtenus dans les diverses branches de l'art médical de guerre". En pleine guerre, dans un hôpital en activité intense, près de dix mille objets, six mille photographies et surtout cent mille dossiers d'archives furent rassemblés et préparés en vue d'être exposés sous la direction de 35 spécialistes mobilisés en ce lieu pour leurs qualités spécifiques. Justin Godart leur attribua des moyens importants. La réalisation de la section anatomo-clinique (nous dirions aujourd'hui anatomopathologique) fut confiée aux médecins-majors de 2ème classe de réserve A. Latarjet, L. H. Martin et Apffel, aidés du préparateur anatomiste G. Collet. Un laboratoire fut créé dans le musée, de manière à montrer les divers plans de tissus lésés, les trajets suivis par les projectiles et l'aspect des lésions. Ces pièces étaient illustrées par de nombreux dessins, aquarelles ou photographies ou par une collection unique de près de 1500 moulages en plâtre ou en cire polychrome. L'établissement fut rapidement inauguré, dès le 2 juillet 1916 ; il constituait l'exemple unique et complet d'un "musée de commande" à thème unique : les secours aux blessés depuis le champ de bataille jusqu'à l'hôpital. Par le décret du 26 avril 1918, l'établissement "Archives et documents de guerre" allait devenir le "Musée du Service de santé des armées". Justin Godart intervenait lui-même et souvent de manière péremptoire afin d'inciter les médecins, surtout ceux des hôpitaux spécialisés de l'Intérieur, à envoyer leurs documents au Val-de-Grâce. C'est la raison pour laquelle le musée du Service de santé des armées conserve des

collections réalisées dans les services spécialisés comme ceux de Marseille et les rapports mensuels de leurs chefs de services. Outre le témoignage historique en histoire de l'Art, l'existence de ces collections va nous permettre de mieux connaître le fonctionnement de ces services.

Le centre de neurologie du Pr Jean André Sicard

Lorsqu'on évoque les grands services spécialisés ouverts pendant la Grande Guerre à Marseille, nos collègues marseillais parlent essentiellement du service de prothèse maxillo-faciale de l'hôtel-Dieu, dirigé par le professeur marseillais Léon Imbert (1868-1955), futur doyen de la Faculté de médecine et son adjoint technique Pierre Réal. En fait, la lecture des rapports mensuels de ce service nous apprend qu'il n'a été créé que fin juillet 1915. De plus, les rapports signés par le Pr Imbert donnent peu d'indications sur son fonctionnement. Seules les collections envoyées au Val-de-Grâce nous rappellent les prouesses techniques réalisées. Nous y reviendrons. Heureusement la lecture des rapports mensuels du Pr Jean André Sicard va nous permettre de mieux comprendre l'implantation et le fonctionnement de trois grands services marseillais durant les quatre années de guerre : le centre neurologique, le centre d'orthopédie et de rééducation et le centre de prothèse maxillo-faciale.

Avant la guerre, Jean André Sicard (1872-1929) était médecin des hôpitaux à la Salpêtrière à Paris, professeur agrégé de la Faculté de médecine et secrétaire de la Société de neurologie de Paris. Mobilisé avec le grade de médecin-major de 2ème classe, il est nommé au début janvier 1915, chef du service neurologique à l'hôpital militaire de Marseille, l'hôpital Michel Lévy. Dans son rapport de février 1915, il écrit : "le service de neurologie prend une extension progressive, 350 blessés ou malades ont été examinés au point de vue neurologique. Un examen spécial est réservé aux traumatismes des nerfs

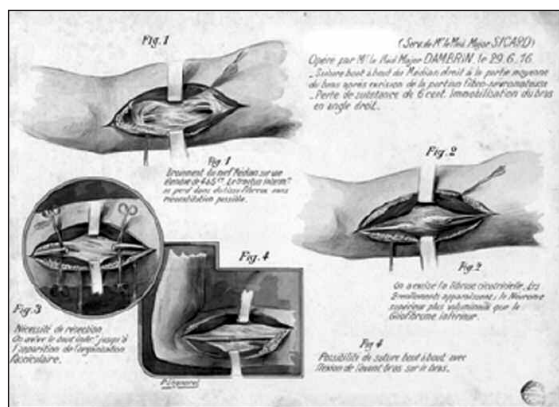


Fig. 1 : Dessin de Signoret, service du Médecin-major Sicard opéré par le Médecin-major Dambrin : suture bout à bout du médian droit à la partie moyenne (Musée du Service de santé des armées - Paris)

périphériques sous le contrôle de l'électro-diagnostic". Il insiste sur la nécessité absolue de la coopération des services d'électrothérapie (Dr Gastaud, de Paris), d'orthopédie et de chirurgie nerveuse (Pr Imbert, de Marseille) et de mécanothérapie (Dr Felix). En avril 1915, le Pr Sicard précise : "Nous nous sommes attachés, ce mois-ci, au traitement plus spécialement des contractures nerveuses et des rétractions musculo-tendineuses avec l'aide de nos collègues Imbert, chargé du service de neurologie, et Judet, qui tout récemment vient d'être affecté au service d'orthopédie". Et en septembre 1915 : "Les

opérations d'abord pratiquées par le Dr Imbert, professeur à l'École de médecine de Marseille, sont faites actuellement par notre collègue Dambrin, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse. Le Dr Imbert a, en effet, été chargé du Service chirurgical de prothèse faciale, en dehors de l'hôpital militaire, dans les salles de l'hôtel-Dieu".

À partir de janvier 1916, le centre se scinda en une section neurologique et une section psychiatrique. Cette dernière était dirigée par le Dr Boudon, ancien chef de clinique par les maladies mentales à la Faculté de Paris. En mai 1916, fut affecté le professeur agrégé Rimbaud, de la Faculté de Montpellier, ancien chef de clinique du Pr Grasset. Le centre disposait de 135 lits à l'hôpital militaire, réservés aux maladies organiques des nerfs périphériques du cerveau et de la moelle et de 150 lits à l'hôpital complémentaire n° 53 (Saint-Charles), où le Dr Boudon était chargé des psychoses caractérisées par des troubles délirants, confus, maniaques, mélancoliques, paranoïaques, déments précoces, paralytiques généraux (40 lits). Le Pr Ag. Rimbaud étant chargé des psychonévroses (30 lits). Les exagérateurs, utilitaires, suspects de simulation étaient isolés dans une salle spéciale (25 lits). Une troisième formation (5 à 6 lits) dans la banlieue, était réservée aux séjours courts des officiers psychonévrotiques, surmenés, dépressifs.



Fig. 2 : L-F Carli, sculpteur (centre neurologique du Pr Sicard) : paralysie radiale, acro-contraction, hyper-extension (Musée du Service de santé des armées - Paris)

Conformément aux directives de Justin Godart et afin de faire preuve de pédagogie, le dessinateur P. Signoret et le sculpteur Louis-François Carli furent affectés au centre afin de témoigner "des techniques employées et des résultats obtenus". Les moulages, le plus souvent en plâtre colorié ou en cire polychrome, étaient adressés au Val-de-Grâce, accompagnés de leur documentation. Ainsi, les magnifiques dessins de Signoret, rassemblés dans un album, montrent les sutures des nerfs périphériques ou de la moelle par Sicard et Dambrin. Les moulages de Carli illustrent par exemple les acro-contractions de



Fig. 3 : L-F Carli, sculpteur (centre neurologique du Pr Sicard) : illustration de cranioplastie : procédé de Sicard et Dambrin.

(Musée du Service de santé des armées - Paris)

Sicard et Dambrin : - Vaste découverte de la membrane découvrant l'os et formant une langue au-dessus de l'œil droit ; - le périoste ruginé est rabattu sur la dure-mère ; - mise en place d'une plaque osseuse taillée, perforée et cousue sur la membrane prenant appui sur le pourtour de la brèche. La peau est recousue sur la plaque-drain. La plaque osseuse est assujettie par du fil chirurgical au périoste avoisinant.

la main ou les lésions du nerf radial.

Quarante-six pièces de Carli expliquent les lésions crâniennes et leur traitement par le Pr Dambrin. Ce sont des moulages de la partie frontale du crâne et de la partie supérieure de la face jusqu'au nez, réalisés en cire polychrome sur plâtre reposant sur une base en bois. Ainsi, à titre d'exemple, les différents temps de la cranioplastie selon le procédé de



Fig. 4 : L-F Carli, sculpteur (centre neurologique du Pr Sicard) : acro-contracture bilatérale et dos courbé, plicature hystérique. Musée du Service de santé des armées - Paris
(Musée du Service de santé des armées - Paris)



Fig. 4 bis : Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce. Illustration des troubles névropathiques de guerre par des statuettes de L. F. Carli, R. Sudre ou Leriche
(Musée du Service de santé des armées - Paris)

Des plaques osseuses perforées, taillées dans une paroi crânienne humaine et stérilisées à 120 degrés, étaient destinées à combler les pertes de substance du crâne après trépanation. La lame d'étain servait à prendre le tracé (forme et dimensions de la trépanation).

Des statuettes en plâtre patiné de Carli montraient les troubles névropathiques de guerre : figurant une acro-contracture bilatérale psychonévrotique évoluant depuis six mois du type névropathique et guérie après isolement et nécessité pour le malade de se nourrir lui-même. Ou encore un dos courbé avec plicature hystérique, nommé également camptocormie. Elles font l'admiration des visiteurs du musée.

En septembre 1918, le Centre principal de neurologie (la section des malades organiques des blessés du crâne, de la moelle et des nerfs périphériques) fut transféré à l'hôpital complémentaire n° 53 (Saint-Charles).

Le Service de chirurgie orthopédique et de rééducation du Pr Henri Judet

Le premier rapport mensuel du Pr Henri Judet, de la Faculté de Paris, date d'avril 1915. Celui qui allait devenir l'un des célèbres pionniers de l'orthopédie française écrivait : "Le service de chirurgie orthopédique de la 15^{ème} RM a fonctionné jusqu'au 20 avril 1915 sous la direction du médecin major de 2^{ème} classe Imbert qui assurait en même temps le service de chirurgie générale". Et plus loin : "Dès mon arrivée à l'hôpital militaire, l'autonomie du Service de chirurgie orthopédique dont je venais d'être chargé a été assurée".

Deux albums réalisés à Marseille en 1915-1916 et contenant chacun une quarantaine de reproductions radiographiques commentées résument magistralement les formes anatomiques des pseudarthroses de guerre.

Le recrutement se faisait à partir de trois services : celui de neurologie qui avait un grand nombre de contractures et d'attitudes vicieuses relevant le plus souvent de l'hystéro-traumatisme. Le traitement consistait en un redressement du membre et la pose d'un appareil plâtré en bonne position. Les malades venaient aussi du service de chirurgie générale où se trouvaient des fractures vicieusement consolidées ou des pseudarthroses et enfin, du service de physiothérapie des Drs Livon et Gastaud. En septembre 1915, après le départ de l'hôtel-Dieu du service de chirurgie générale, le Pr Judet bénéficia de 90 lits et de la libre disposition de la salle d'opération.

Un troisième album, illustré également par une quarantaine de radiographies, décrit le traitement des pseudarthroses de guerre, exposé par ailleurs dans le *Paris chirurgical*, d'avril-mai 1916 et le *Marseille médical* du 15 mars 1917. Le traitement des ankyloses incomplètes et des attitudes vicieuses des articulations se faisait d'abord à l'hôpital militaire et dans un second temps à l'hôpital complémentaire n° 53 (Saint-Charles) pour les massages, la mécano-thérapie et l'électrisation.

À partir de juin 1916, la nouvelle organisation des services conduisit à créer le centre d'appareillage et de rééducation des mutilés (Médecin-major de 1ère classe Fayol) à l'hôpital complémentaire n° 56 (école Saint-Joseph, ancienne école Saint-Éloi). Le rapport du mois d'octobre 1916 sur le fonctionnement du centre d'appareillage et de rééducation de Marseille, dirigé par Henri Judet, note la création des ateliers de rééducation professionnelle. Le premier des ateliers ouverts fut celui de mécanicien dentiste, suivant ainsi les conseils et la note de P. Réal, adjoint technique de stomatologie de la XVème région.

L'équipe médicale de l'hôpital complémentaire n° 56, d'une capacité de 392 lits se composait ainsi : - Médecin chef, médecin major de 2ème classe H. Judet ; - service de physiothérapie, médecin aide-major de 2ème classe Berthe (en janvier 1918, médecin aide-major de 2ème classe César Roux) ; - service d'appareillage et ateliers, médecin aide-major de 1ère classe Labroy (en janvier 1918, médecin aide-major de 2ème classe Guigues ; - service de rééducation, médecin aide-major de 2ème classe Philip (Pierrhugues à partir du 30 janvier 1917).

Le 15 novembre 1917, le Pr Judet quitta Marseille et fut remplacé par le médecin-major de 2ème classe Vidal.

Le centre de prothèse maxillo-faciale du Pr Léon Imbert et du Dr Pierre Réal.

Nous l'avons vu, le Pr Imbert, professeur au Collège de médecine de Marseille, mobilisé avec le grade de médecin aide-major de 2ème classe, dirigeait jusqu'en juillet 1915 le service de chirurgie générale et orthopédique à l'hôpital militaire, il y pratiquait également la chirurgie neurologique en collaboration étroite avec le Pr Sicard. À la fin de juillet 1915, il créait le "service de prothèse maxillo-faciale de la XVème région" à l'hôtel-Dieu dont le 3ème étage fut dévolu au centre de prothèse maxillo-faciale, à l'exception

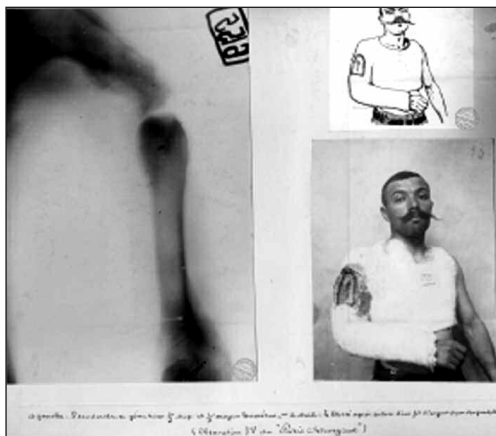


Fig. 5 : Henri Judet : traitement d'une pseudarthrose de l'épaule

(Musée du Service de santé des armées - Paris)

de l'aile droite réservée aux affections médicales. Devant le grand nombre de blessés nécessitant des suites opératoires longues, une annexe fut ouverte à l'hospice de vieillards et indigents de Sainte Marguerite où 170 lits sur les 900 furent réservés aux militaires provenant en majorité du service de prothèse maxillo-faciale.

Dans son premier rapport, à la fin août 1916, le Pr Imbert indiquait qu'il était assisté du médecin aide-major de 1ère classe Pierre Réal. Il écrivait : "Je crois devoir indiquer, dès maintenant, que la collaboration ainsi réalisée d'un chirurgien et d'un spécialiste, répond à une conception heureuse et qui, nous l'espérons, doit être féconde". On peut lire dans le rapport d'inspection du médecin major de 1ère classe Sauvez, du sous-secrétariat d'État, que "Réal était dentiste des hôpitaux de Paris, reçu après un brillant concours. Il avait été nommé adjoint technique de la XVème région en revenant du front et avait publié des travaux très intéressants avant et depuis la guerre, divers articles remarquables et un livre, en collaboration avec Léon Imbert, sur les fractures de la mâchoire inférieure".

Dès le mois d'octobre 1915, Imbert organisait son service en une division de chirurgie opératoire pour les fractures du maxillaire inférieur, la réparation du nez, celle des lèvres, la résection de cicatrices vicieuses, le traitement des fistules salivaires, le curetage pour extraction de séquestres et notait une nouvelle opération d'ostéosynthèse du maxillaire inférieur avec greffe d'un fragment costal. La seconde division du service était destinée à la dentisterie opératoire pour les édentés et les constrictionnements des mâchoires. À partir du mois de novembre 1916, les rapports mensuels n'étaient plus signés seulement par Imbert mais aussi par Réal, adjoint technique de stomatologie qui dirigeait l'activité des 29 cabinets dentaires de la XV° région dont l'activité était plus que significative : 2961 extractions, 2692 obturations, 1295 nettoyages. Une fiche, rédigée à partir de mars 1917, nommait les médecins du service. Ainsi, outre Imbert et Réal, on notait à l'hôtel-Dieu qui comptait 120 lits, le médecin aide-major de 2ème classe Lheureux et à l'annexe de Sainte Marguerite qui comptait 150 lits, le médecin aide-major de 2ème classe Gauthier.



Fig. 6 : L. Imbert et P Réal : Fracture latérale avec perte de substance moyenne. Déviation en haut et en avant du fragment postérieur : latéro-déviation du fragment principal. Traitée par l'attraction en avant du fragment postérieur et l'immobilisation simultanée des deux fragments (Musée du Service de santé des armées - Paris)

Le Dr Réal était aussi le référent technique du service des édentés de l'hôpital militaire dirigé par les médecins-majors de 1ère classe Morhange puis Prudhomme. Il collaborait aussi avec l'ophtalmologiste Poulard à la réalisation d'appareils comme celui conservé au Val-de-Grâce pour la régularisation et l'agrandissement de la cavité orbitaire. L'activité du centre ne cessait de croître et si le Pr Imbert jugeait insuffisant le nombre des chirurgiens-dentistes, en juillet 1918 il approuva le Dr Prudhomme signalant "33 mécaniciens-dentistes alors que 20 suffiraient largement".

Une série de 18 moulages en cire présentés sous cloche, figure différents types de fractures de la mâchoire inférieure et leur traitement par Imbert et

Réal. Elles illustrent leur livre commun, *Fractures de la mâchoire inférieure*, paru chez Masson en 1917. Citons : une fracture médiane avec perte de substance importante et rapprochement des fragments en mâchoire de serpent, réduite et immobilisée par un appareil à double vérin, dit “vis de Jack”. Ou bien, une pseudarthrose médiane avec large brèche osseuse, traitée avec un appareil de prothèse restauratrice amovo-inamovible et bridge télescopique à gencives. Ou encore, une fracture latérale avec perte de substance moyenne, déviation en haut et en avant du fragment postérieur et latéro-déviation du fragment principal, traitée par l’attraction en avant du fragment postérieur et l’immobilisation simultanée des deux fragments.

Les collections conservées au musée du Service de santé des armées, qui ont fait l’objet d’une restauration complète, ont le mérite de rappeler l’activité et les grands progrès réalisés sur tout le territoire français et en particulier à Marseille durant la Grande Guerre.

BIBLIOGRAPHIE

Cartons relatifs à la XV^{ème} région militaire en 1914-1918, Centre de documentation du musée du Service de santé des armées, École du Val-de-Grâce, Paris.

LARCAN A., FERRANDIS J.-J. - *Le Service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, LBM, Paris, 2008.

RÉSUMÉ

La création en pleine guerre, au Val-de-Grâce à Paris, de l'établissement "Archives et documents de guerre" par Justin Godart a permis de rassembler près de 100 000 dossiers d'archives, 10 000 objets ou pièces anatomopathologiques dont 1500 moulages en cire ou en plâtre et leurs documents techniques et photographiques. Les rapports et les objets réalisés à Marseille dans la XV^{ème} région militaire témoignent, certes, des progrès de la chirurgie durant la Grande Guerre mais ils permettent également de mieux comprendre le fonctionnement des grands services spécialisés créés dans cette ville pour la chirurgie des nerfs, l'orthopédie ou la chirurgie maxillo-faciale.

SUMMARY

The creation in full war, in Val-de-Grâce in Paris, of the center "Archives and documents of war" by Justin Godart brought together nearly 100,000 archivist files, 10 000 objects or anatomopathological pieces among which 1500 wax casts or plaster casts and their technical and photographic documents. The reports and the objects realized in Marseilles in the XVth military region, show certainly the progress of that surgery during the 1st world War but also provide a better understanding of the functioning of the major specialized services created in this city for the nerves surgery, orthopedic or the maxillofacial surgery.

La grande peste de Marseille

Confrontation avec les autres épidémies de peste en Europe occidentale *

par André-Julien FABRE **

L'épidémie de peste de 1720 à Marseille

Le 1er juillet 1720 arrivait à Marseille un bateau de transport, le *Grand Saint Antoine*, en provenance d'Orient, avec un chargement de soieries précieuses. Du fait des législations en vigueur à l'époque, ce bateau aurait dû être mis en quarantaine mais, après de longs attermolements, les armateurs obtiennent que le navire soit ancré à l'île de Pommègue, puis à l'île de Jarre, mais une partie de la cargaison, sortie en fraude, commence à circuler dans Marseille.

Le 20 juin 1720 l'épidémie éclate, encore limitée au début au Vieux Port ; elle s'étend rapidement pour prendre des proportions catastrophiques. En quelques semaines, la moitié de la population a péri. Les hôpitaux et même les cimetières sont débordés. On creuse à la hâte d'immenses fosses communes pour déposer les cadavres qui jonchent les rues. Une très belle toile de Michel Serres en rappelle le souvenir (1).

La peste gagne toute la Provence et c'est l'intervention énergique de l'État, avec des mesures très strictes d'isolement sous le contrôle de l'armée. Un mur long de plus de 100 km vient ceinturer la ville. Un arrêt du Conseil d'État daté du 14 septembre 1720 interdit de quitter Marseille sans certificat sanitaire et bloque les ports de Marseille et de Toulon.

Pour la première fois en France, des mesures sanitaires sont prises par l'État. Dès le mois d'octobre, le reflux survient, mais l'épidémie aura fait un nombre énorme de victimes, au moins 120 000 personnes pour une population de 400 000 (Marseille y compris)

Parmi la très importante somme de travaux consacrés à cette épidémie, il faut surtout citer les fouilles archéologiques réalisées par Michel Signoli (2), de Marseille, sur une fosse commune des anciens jardins du couvent de l'Observance. Près de deux cents squelettes ont été exhumés entre août et septembre 1994 et ont fait l'objet d'études anthropologiques et paléomicrobiologiques qui ont confirmé sur des restes de pulpes dentaires la présence de l'ADN du bacille de la peste.

* Séance de mai 2010.

** 40, rue Paul Doumer 94100 Le Parc Saint-Maur.

Il nous a semblé intéressant de confronter le drame de Marseille à d'autres épidémies de peste observées en Europe à la même époque, à Milan (1629-1631), Séville (1649) ; et Vienne (1679-1670) mais surtout Venise (1630-1631), Londres (1665-1666) et Moscou (1771-1772)

Épidémies de Venise

L'épidémie de Venise de 1630-1631 se situe dans une longue suite de vagues épidémiques. Les malades et tous les suspects de peste étaient mis en quarantaine dans des lazarets : d'abord le Lazzaretto Vecchio situé près du Lido, puis le Lazzaretto Nuovo, situé en face de l'île de Sant'Erasmo (1468).

En 1575-1576, Venise avait déjà connu une épidémie de peste sévère ayant nécessité la prise de mesures draconiennes instaurant un couvre-feu et l'interdiction à tous les titulaires d'une charge publique de quitter leur poste. On dut construire un village flottant sur plus de trois milles. Au-dessus de ce lieu spectral, baigné de fumigations odoriférantes de romarin et de genévrier destinées à purifier l'air, flottait un drapeau qu'il était interdit de dépasser et, à côté, un gibet pour ceux qui n'obéiraient pas aux ordres. "Il ne se passait pas un jour, nous dit un chroniqueur de l'époque (3), sans que ne soient remorquées au moins cinquante barques pleines de gens mis en quarantaine et tous joyeusement acceptés et salués, à la grande exultation de chacun qui souhaitait aux arrivants de ne pas perdre courage, parce qu'ici on ne travaillait pas et qu'on était au pays de Cocagne". En 1577, pour obtenir l'intercession divine et hâter la fin de l'épidémie (4), le Sénat fait construire à La Giudecca, sur les plans du Palladio, une magnifique église, le Rédempteur

Encore plus dramatique a été l'épidémie de 1630 amenée par la Guerre de Trente Ans. Après une trêve des mesures sanitaires accordée pour le Carnaval, l'épidémie avait repris au printemps. Là encore l'évolution va être très rapidement meurtrière : 46.000 des 94.000 habitants de Venise vont périr. En octobre 1630, le Sénat décide de la construction à l'extrémité sud du Grand Canal d'une Basilique consacrée à la Vierge Marie, "salut des malades", la Salute. Les sites funéraires du Lazzaretto Vecchio ont été l'objet de travaux intéressants menés par des chercheurs du CNRS (5) : 84 sépultures ont été mises au jour et plus de deux mille squelettes exhumés et analysés.

Épidémie de Londres

L'épidémie de Londres de 1665-1666 se situe près d'un demi-siècle avant celle de Marseille. D'autres épidémies de peste étaient déjà survenues, en particulier en 1603 et 1636 : on retrouve à Londres comme à Marseille la notion d'un port très actif sillonné de ruelles étroites. La "Grande Peste" est arrivée en 1665 dans le port de Londres véhiculée par des balles de coton arrivant d'Amsterdam où la peste sévissait depuis 1663. D'abord limitée aux quartiers les plus pauvres, l'épidémie prend des proportions cataclysmiques : elle débute au printemps mais, dès la mi-juillet, on enregistre mille décès par semaine. Les habitants épouvantés tentent de fuir Londres par tous les moyens et le roi Charles II lui-même quitte la ville avec sa famille. Des mesures d'urgence sont prises : les médecins ainsi que toutes les personnes ayant charge de malades devaient porter des robes colorées pour faciliter leur identification, les domiciles où un nouveau cas survenait devaient rester sous surveillance durant les quarante jours qui suivaient la guérison (ou la mort...), les lettres et tout courrier venant de Londres étaient soumis à fumigation. À la fin de l'automne l'épidémie commence à refluer mais elle a fait au moins 70.000 victimes.

Un nouveau drame était proche : dans la nuit du 2 septembre 1666, survient un incendie d'ampleur historique, mais les chroniqueurs de l'époque y ont vu l'assainissement de leur ville : de fait, plus aucune épidémie ne s'observera par la suite. Témoignages intéressants : celui de Samuel Pepys (6) qui fournit un compte rendu de la peste dans son Journal, et celui de Daniel Defoe (7) qui a publié en 1722 un récit fictif de l'épidémie en s'aidant de souvenirs familiaux.

Peste de Moscou

La peste de Moscou survient un demi-siècle après celle de Marseille, en 1771. Cette fois, la peste ne vient pas de la mer mais est menée par les troupes ayant pris part à la guerre russo-turque de 1768-1774. En novembre 1770, les premiers cas de peste s'observent dans un hôpital militaire de Moscou mais la Grande Catherine refusa d'en faire connaître l'existence. En février 1771 l'épidémie se propage dans une entreprise textile de Moscou. Dans un premier temps tout a été fait pour cacher la vérité : les cadavres étaient enterrés secrètement chaque nuit mais bientôt les employés, pris de panique s'enfuient à travers toute la ville. En mars, le pouvoir a dû reconnaître la réalité de l'épidémie en décidant une quarantaine mais une grave disette est alors survenue. En septembre, la peste faisait un millier de victimes par jour. Les morts jonchaient les rues et il fallut utiliser les détenus des prisons pour enterrer les cadavres.

À la mi-septembre les habitants de Moscou, poussés par la famine, se révoltent. L'émeute s'est poursuivie durant trois jours avant que le favori de la Grande Catherine, le comte Orlov, ne parvienne à contrôler la situation à la tête de son armée. En même temps, les conditions d'application de la quarantaine étaient notablement assouplies et une commission médicale d'enquête mise en place. L'épidémie avait fait 200.000 victimes à Moscou et dans sa région. L'épidémie de Moscou eut un retentissement considérable dans les milieux scientifiques de l'époque et il faut citer ici le rapport établi par un médecin belge alors établi à Moscou, Charles Mertens (8).

Au total, la Grande Peste de Marseille possède de nombreux caractères spécifiques : les conditions de survenue de l'épidémie : Marseille était un port largement ouvert au commerce des textiles (9), et particulièrement des textiles venus d'Orient, foyer endémique de peste. Les mesures sanitaires prises à Marseille : construction d'une "ceinture sanitaire" : le "Mur de la peste", s'étendant sur 27 kilomètres dans les Monts de Vaucluse, doublé en 1724 d'une seconde muraille à douze mètres de la première puis, en 1825, d'une troisième enceinte. Études paléomicrobiologiques : comme l'ont montré les travaux de Michel Signoli sur les sites funéraires de Marseille (10), un nouveau champ d'investigations a été ouvert par la biologie moléculaire, à l'exploration des sites archéologiques. À l'analyse rétrospective des épidémies de peste en Europe occidentale d'avant l'ère industrielle, plusieurs points sont à souligner : conséquences sanitaires de l'ouverture faite en Europe, après le Moyen Âge, au commerce international. Adrien Proust avait dénoncé, il y a plus d'un siècle, les risques épidémiques des échanges internationaux (11). Évolution cyclique des épidémies de peste marquant une forte récurrence pour le printemps et l'été. Le risque est toujours présent, la peste est une maladie ré-émergente : les derniers cas observés en France datent de 1945 (12) mais la dernière épidémie au Congo ne date que de 2006 (13). Faut-il rappeler que la peste a, hélas, pris place dans l'arsenal des armes biologiques de notre époque (14) ?

NOTES

- (1) *Le Chevalier Roze déblayant la Tourette au plus fort de la peste* par Michel Serre (Musée Atger, à Montpellier). En arrière plan du tableau s'aperçoit l'ancienne cathédrale de la Major.
- (2) Laboratoire "Adaptabilité humaine : biologie et culture" de l'UMR CNRS de Marseille.
- (3) SANSOVINO Francesco - *Venetia citta nobilissima et singolare, Descritta in XIII Libri*.
- (4) Une des victimes les plus célèbres de l'épidémie avait été, en août 1576, Le Titien.
- (5) SIGNOLI Michel et RIGEADE Catherine - "La peste au temps des Doges", *Journal du CNRS*, N° 197, Juin 2006.
- (6) PEPYS Samuel (1633-1703) - Haut fonctionnaire de l'Amirauté et membre du Parlement, qui a laissé un *Journal* où sont relatés méticuleusement tous les événements des années 1660.
- (7) DE FOE Daniel (1660-1731) - Célèbre auteur de *Robinson Crusoé* et de *Moll Fladers* qui publia en 1720 un ouvrage de fiction basé sur des récits familiaux de la peste de Londres.
- (8) MERTENS Charles - *Traité de la peste, contenant l'histoire de celle qui a régné à Moscou en 1771*. Paris, Didot Le Jeune et Méquignon, 1784.
- (9) Le commerce des textiles a laissé sa trace dans plusieurs noms de rues à Marseille, ainsi, la rue du Tapis Vert du nom de l'enseigne d'un magasin de textile du XVIIIème siècle et la célèbre Canebière où se tressaient, comme son nom l'indique, les cordages en chènevis.
- (10) Déjà cité.
- (11) PROUST A. - *Essai sur l'hygiène internationale, ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique*, Paris, Masson, 1873.
- (12) BERNARD L, DOUNET G., JAUJOU B. - L'épidémie de peste bubonique à Ajaccio (1945). *Recueil de travaux de l'Institut National d'Hygiène*, 1948, 2, 355-375, 126 p.
- (13) Plague, Democratic Republic of the Congo. *Wkly Epidemiol Rec.* 2006 Oct 20 ; 81.
- (14) MOLLARET Henri - *L'Arme biologique : Microbes, virus et terrorisme*, Plon, 2002.

RÉSUMÉ

La peste de 1720 à Marseille est comparée à d'autres épidémies dans de grandes villes d'Europe.

SUMMARY

Plague in Marseilles in 1720 is compared with other epidemics in other European cities.

Les peintres témoins de l'histoire (à propos de la peste de 1720 à Marseille) *

par Yves BAILLE **

“La peste a introduit le macabre dans l’art. Hallucinant témoignage de ces événements tragiques, ce spectacle de désolation, de la démesure et de l’horreur des charniers” (H. Mollaret). Il existe un véritable art de la peste qui illustre ces épisodes épidémiques tragiques des villes atteintes par “la grande mortalité”. Pour les XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles on recense 173 œuvres de thème baroque sur la peste. Lorsque les artistes sont inspirés par les grandes catastrophes, ils en deviennent les témoins privilégiés et leurs œuvres, conservées dans les musées, sont riches d’enseignements.

Il en est ainsi de Michel Serre et de Jacques Rigaud qui ont vécu la peste de 1720 à Marseille et nous en donnent témoignage visuel. Michel Serre (1658-1733) est commissaire du quartier Saint-Ferréol à Marseille pendant la peste. Peintre officiel des galères, il est un témoin direct de l’épidémie et se distingue par sa conduite exemplaire sur le terrain. Il nous laisse deux grandes toiles, actuellement conservées au Palais des Beaux Arts de Marseille : la vue de l’Hôtel de Ville et la vue du Cours et une représentant l’épisode du Chevalier Roze à la Tourette, qui se trouve au musée Atger de Montpellier. Jacques Rigaud (1700-1754) dessine également une vue du Cours de Marseille et une vue de l’Hôtel de Ville avec une partie du port, “dessiné sur le lieu pendant la peste de 1720”.

Il ressort de ces œuvres une première impression que souligne Régis Bertrand : “la peste est bien décrite par ses ravages en site urbain, mais non dans la vieille ville. Le message est bien le triomphe momentané de la barbarie au cœur de l’humanité, le retour d’un fléau d’un autre âge dans le décor de la modernité urbaine de l’âge baroque, le désordre de la mort dans une architecture ordonnancée symbole de la vitalité de la cité”. Dans la représentation des personnages, il y a une opposition marquée entre les gens du peuple, malades, et les représentants de l’autorité, visiblement en bonne santé et bien vêtus. Les malades pestiférés, les mourants et les morts, les galériens (corbeaux) qui chargent les charrettes de cadavres qui encombrant la ville sont dévêtus et leur chair se teinte de couleurs verdâtres. Les représentants de l’autorité civile, militaire et religieuse sont représentés et l’on reconnaît Monseigneur de Belsunce, évêque de Marseille, en soutane de soie bleue apportant secours matériel et spirituel. Parmi les personnages qui

* Séance de mai 2010.

** Hôpital Salvator, 249, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille Cedex 09

entourent l'évêque on peut penser qu'il y a les échevins qui sont restés dans la ville. À cheval, et de rouge vêtu, le chevalier Roze représente l'autorité militaire. Roze prit une part déterminante lors de l'assainissement de la ville à la tête d'équipes de forçats qu'on avait engagées avec la promesse de les libérer à la fin de l'épidémie. Aucun d'eux ne survécut. Roze est accompagné de soldats en arme, le peintre rappelant ainsi que le rétablissement de l'ordre passait par la lutte contre le pillage et le crime qui accompagnaient la terrible épidémie.

Les tableaux de Serre et de Rigaud font passer un message clair : pendant le drame les autorités civiles, militaires et religieuses sont présentes et rétablissent l'ordre et l'hygiène sans oublier d'apporter leur soutien moral et religieux.

Il ressort enfin de ces œuvres, l'aspect le plus sordide, avec des détails qui traduisent l'horreur de la situation comme ce chien errant rongé la jambe d'un mort ou encore ce nourrisson qui tète le sein d'une mourante ou peut-être même d'une morte. Dans la vue du Cours, J. Rigaud nous montre des cadavres que l'on descend au moyen de cordes par les fenêtres des étages supérieurs des immeubles. Enfin, la présence d'anges vengeurs dans le ciel, sur la vue du Cours dessinés par Rigaud, indique bien que la peste est une punition divine.

Les récits de la peste de 1720 écrits par ceux qui l'ont vécue ne manquent pas et sont précieux, en particulier le récit de Pichatty de Croissainte et celui du docteur Bertrand. Les œuvres picturales de Michel Serre et de Jacques Rigaud les complètent en apportant leurs témoignages visuels.

BIBLIOGRAPHIE

BERTRAND Régis - *L'iconographie de la peste de Marseille ou la longue mémoire d'une catastrophe. Images de la Provence. Les représentations iconographiques de la fin du Moyen Age au milieu du XXème siècle*, Publications de l'Université de Provence, 1992.

AICARDI-CHEVÉ Dominique - *Le corps de la contagion. Étude anthropologique des représentations iconographiques de la peste (XVI-XXème siècle en Europe)*, Thèse Marseille, 2003.

RÉSUMÉ

Ce texte est un long résumé de la communication en séance.

SUMMARY

Plague in Marseilles in 1720 : what about its painted representation ?

Antoine Deidier, son approche expérimentale de la contagiosité de la peste à Marseille en 1720 *

par Olivier DUTOUR **

Antoine Deidier est né le 23 novembre 1670 à Montpellier, d'un père chirurgien. Il fait ses études de médecine à Montpellier et y obtient son doctorat à l'âge de 21 ans. Cinq ans plus tard, il obtient par concours le poste de professeur de chimie. Il devient le gendre de l'anatomiste Raymond Vieussens. Lors de l'épidémie de peste de Marseille en 1720, il est chargé par le roi de secourir les habitants de cette ville. Son dévouement est récompensé par le roi qui le nomme son conseiller-médecin et le fait chevalier de l'Ordre de Saint-Michel. Sa notoriété le fait admettre au sein de la Société Royale de Londres.

Le 22 octobre 1725, Antoine Deidier a la charge de prononcer le discours inaugurant l'ouverture solennelle de l'école de médecine de Montpellier. Il choisit le sujet de la contagion de la peste. Le texte de son discours est publié l'année suivante à Paris, chez Charles d'Houry, imprimeur du duc d'Orléans, sous le titre de *Dissertation où l'on a établi un sentiment particulier sur la contagion de la peste* (1). Dans ce petit ouvrage reproduisant le texte de son intervention, accompagné d'une version latine ("le latin à côté"), Antoine Deidier résume les observations qu'il a faites à Marseille durant l'épidémie de 1720-1721 et présente son modèle de contagion qu'il appuie sur des faits expérimentaux. L'originalité de son approche, en comparaison avec celles de ses contemporains les plus célèbres, qu'ils soient contagionnistes ou non, parmi lesquels on peut citer Pierre Chirac, François Chicoyneau ou Jean Astruc, mérite que l'on s'attarde un peu sur les conceptions de ce médecin de l'école montpelliéraine, tombé en disgrâce en 1732, et dont la contribution et les idées ont été sévèrement critiquées au XIX^{ème} siècle.

La défense de l'expérimentation

Dès l'introduction de son discours (*page 7*), Deidier met en avant sa conviction de l'utilité d'une expérimentation, "... persuadé qu'il ne faut pas faire céder les expériences aux systèmes, mais les systèmes aux expériences".

Cette volonté d'asseoir les interprétations sur les expériences le démarque volontairement de deux autres de ses contemporains, ayant pris position sur le sujet : "Au reste déli-berant en moi-même sur le sujet que je pourrais prendre, j'ai crû n'en devoir pas choisir

* Séance de mai 2010.

** 27, place Aux Huiles, 13001 Marseille.

d'autre que la contagion de la peste : surquoi deux de nos illustres Collègues se sont déjà signalez dans le Public ; l'un pour la négative, par un Discours où l'Éloquence se montre avec toute sa splendeur ; l'autre pour l'affirmative, par une dissertation où l'esprit géométrique règne depuis le commencement jusqu'à la fin. Mon dessein est aujourd'hui de peser soigneusement toutes les raisons de l'un & de l'autre, & de les adopter ou de les combattre, selon qu'elles me paroîtront ou conformes ou contraires aux divers évènements dont j'ai été témoin ...".

Les deux "illustres collègues", non cités nominativement, sont néanmoins clairement identifiables : il s'agit de deux membres éminents de l'école de médecine montpelliéraine. Le premier évoqué est François Chicoyneau, qui partageait avec son beau-père Pierre Chirac, médecin du régent, la thèse non-contagionniste de la peste, et qui fut en 1720-1721 à la tête de la mission médicale montpelliéraine chargée par le roi de déterminer la nature du mal frappant Marseille. Le second est Jean Astruc, professeur de médecine à l'université de Montpellier, successeur de Pierre Chirac, dont il fut l'élève. Au contraire de son maître, Jean Astruc était contagionniste, mais ne croyait qu'à la transmission aérienne de la maladie. Si François Chicoyneau développait sa conviction par des observations cliniques et autopsiques sur le terrain, ne ménageant, lors de la peste de Marseille, ni les soins donnés aux malades, ni l'accumulation d'observations nécropsiques, Jean Astruc argumentait sa thèse de la transmission aérienne de la maladie sur la seule analyse des textes des auteurs ayant écrit sur le sujet. Il n'a ni de près ni de loin observé la peste de Marseille de 1720, ce qui ne l'empêche pas de publier son argumentation d'érudition historique en 1721 (2).

Antoine Deidier apparaît, par rapport à Astruc et Chicoyneau, très moderne dans sa démarche. Aucun de ces deux derniers, dans la recherche des causes, ne recourt à l'expérimentation. Le premier, théoricien sans pratique, ne fonde en effet son argumentation que sur la compilation de descriptions historiques, le second, dans la suite de son beau-père, Pierre Chirac, élabore ses convictions à partir d'observations cliniques et nécropsiques en les complétant par les récits d'anciens auteurs qu'il interprète de façon à venir conforter son sentiment. On peut considérer que la démarche d'Antoine Deidier lui permet de mettre en place un véritable protocole expérimental, tel qu'il l'expose dans son discours, après avoir défini ce qu'est une maladie contagieuse.

La conviction de la contagion

Antoine Deidier annonce d'emblée sa position par rapport à ses deux contradicteurs : "Ma dissertation sera pour ainsi dire ambidextre : je tâcherais d'abord de prouver que la Peste n'est que trop effectivement contagieuse ; et je ferai voir ensuite que la contagion ne se transmet point par la simple atmosphère des atomes pestilentiels, mais uniquement par un contact immédiat qui soit de même durée". Sa démonstration va donc s'attacher à la validation de la transmission de la peste par contact direct, sans l'intervention de "miasmes" ou de "levain" pestilentiel.

Les conceptions d'Antoine Deidier sur les origines de la maladie rejoignent le concept de génération spontanée, répandu depuis Aristote. Penser autrement à cette époque était difficile sinon impossible, on ne pouvait croire qu'à l'origine de toute chose : il y a eu une "génération" à partir d'éléments naturels. En effet les deux concepts fondamentaux de Pasteur (existence de "germes") et de Darwin (principe d'ancestralité commune) ne permettront d'abandonner le concept ancien de la génération spontanée qu'après 1859. Deidier, en accord parfait avec ses contemporains et contradicteurs, propose un modèle "naturel" d'apparition de la peste à son origine, donc non contagionniste : "Que cette

maladie doivent sa naissance aux causes générales, cela est incontestable ; puisque le premier des hommes qui en a été frappé ne la peut avoir contracté par contagion : elle peut donc encore aujourd'hui être l'effet de la méchante nourriture, des mauvaises odeurs, de la saleté inséparable de l'indigence, d'un air marécageux & de la famine plus encore que toute chose ; d'où vient que dans la langue des premiers de la Médecine, il a passé en proverbe que la famine et la peste vont d'ordinaire de compagnie”.

Il y a là un argument apparemment contradictoire, dans la mesure où Deidier semble rejoindre les thèses de l'apparition spontanée de foyer de la peste, générée par des causes générales, ce qui correspond précisément au mécanisme proposé par les non contagionnistes pour expliquer le développement de cas de peste au sein d'une même communauté exposée aux mêmes causes générales, sans nécessité de transmission d'un individu à un autre. C'est le modèle proposé par Chirac et de façon plus alambiquée, par Chicoineau. Cependant, Deidier conclut son paragraphe en disant que si l'on peut contester que la peste soit du nombre des maladies épidémiques, il va s'attacher à prouver qu'il s'agit d'un mal véritablement contagieux. Sa définition de la contagion est par contre tout à fait moderne : “La contagion est, selon tous les Médecins, une infection ou un venin qui se communique d'un sujet à l'autre ; de sorte qu'une maladie est réputée contagieuse, dès qu'elle est transmise”.

Notons que cette notion de transmissibilité définissant la contagiosité est reprise par les infectiologues modernes qui préfèrent actuellement parler de maladies transmissibles plutôt que de maladies infectieuses, afin d'inclure dans ce champ des maladies contagieuses liées à des agents transmissibles non conventionnels (ATNC). Deidier, à l'appui de son discours, cite les exemples de la vérole (syphilis), de l'hydrophobie (rage) et de la petite vérole (variole) comme preuves de l'existence de maladies véritablement contagieuses en fixant l'objectif de démontrer que la peste appartient bien à ce genre de maladies.

La démonstration par l'observation et l'expérimentation

“Dès que par l'ordre du Roy je me fus rendu à Marseille, y voyant périr chaque jour une infinité d'Habitans, j'en eus le cœur percé de pitié : je mis tout en œuvre pour tâcher de découvrir la nature de cette fatale maladie, & surtout en quoi consistoit son venin ; afin que si par bonheur j'en venois à bout, je fusse à portée de donner quelque secours à tant de pauvres affligés, dans cette vûe que fais-je, Messieurs ? Je dissèque plusieurs cadavres, je fouille dans leurs entrailles avec la plus exacte attention, j'observe qu'il n'en est pas un où je ne trouve la vessie du fiel extraordinairement gonflée d'une bile noire tirant sur le verd : cela me fait soupçonner que le venin de ce mal pourroit peut être consister dans cette bile, comme celui de la rage consiste dans la bave de l'animal enragé. On va voir que je ne me trompois point dans ma conjecture : je saisis sur le champ un chien vigoureux & gay qui faisoit caresse à quiconque entroit dans l'Infirmerie, & qui dévorait fort avidement les bubons & les plumaceaux qu'on jettoit à terre dans les pansemens ; je lui ouvre la veine crurale où je fis injecter environ une dragme de cette bile delayée avec de l'eau de fontaine & tout-à-coup voila mon chien de gay devenir triste ; de vorace entièrement dégouté ; d'éveillé stupide ; et peu après atteint d'un bubon et de deux charbons qui l'emportèrent dans quatre jours. Je réitérai plusieurs fois en l'espace de quatre mois de pareilles expériences, & toujours avec le même événement”.

La première partie de la démarche de Deidier peut s'analyser en quatre temps : 1-Quel est le “venin ?”, 2-Peut-on le localiser lors de dissections ?, 3-Observation d'une constante : l'hypertrophie de la vésicule biliaire, 4-Hypothèse de la localisation du venin dans cet organe. Il y a là une séquence classique du raisonnement scientifique enchaînant

problématique, observations répétées et hypothèse. Cette démarche n'est toutefois pas propre à Deidier dans la mesure où les observations nécropsiques à visée diagnostique étaient déjà largement pratiquées. Notons que les mêmes observations de vésicules biliaires anormalement gonflées ont été relevées au cours d'autopsies réalisées pendant la même épidémie de peste à Marseille par le chirurgien Soulier, membre avec Chicoyneau et Verny de la mission montpelliéraine. Convaincus de la non contagiosité de la maladie, ces trois auteurs ont considéré cette observation répétée comme un effet et non comme une cause.

C'est cette différence de conviction qui rend la suite de la démarche de Deidier très originale. Il fait en effet suivre son hypothèse d'une démarche d'expérimentation animale, très en avance sur son époque : en effet, jusqu'alors et depuis l'Antiquité (Aristote, Galien) et pour ses contemporains (Harvey, Hales, Lavoisier) l'utilisation d'animaux comme source de connaissances pour l'homme concernait l'anatomie et la physiologie, précédant la médecine expérimentale développée par Claude Bernard. Ce n'est qu'ensuite, à partir de la seconde partie du XIX^{ème} siècle, suite aux développements de la microbiologie, de l'endocrinologie, de la pharmacologie, de la radiologie, que l'expérimentation animale ne va plus considérer l'animal comme un simple modèle statique, permettant d'observer des états, mais comme un modèle réactif, permettant d'observer des processus et des réactions de l'organisme animal face à différents traitements (administration de substances chimiques ou biologiques, greffe ou ablation d'organes, inoculation de germes, induction de carences, etc...). C'est en ce sens que la démarche d'Antoine Deidier est particulièrement novatrice pour son époque et étonnamment moderne. En effet, partant de l'hypothèse que le venin de la peste est présent dans la bile, il passe à une étape expérimentale d'injection vasculaire à des chiens, observe le résultat consistant dans le développement de manifestations de peste (asthénie, anorexie, bubons, charbons) comparables aux manifestations humaines et aboutissant à la mort de l'animal. Il va encore plus loin en répétant son expérimentation et en pratiquant la nécropsie des animaux qu'il a injectés afin de vérifier la similitude des lésions avec celles observées chez les patients morts de la peste. Il propose, dans la foulée, la réalisation possible d'une expérimentation humaine incluant une réflexion que l'on pourrait qualifier d'éthique sur l'encadrement de cette expérimentation (condamné à mort donnant son consentement, sous couvert d'une autorisation juridique, amnistié en cas de survie) : "D'où je conclus que si la peste se communique ainsi d'une chair hétérogène à l'autre, cela se ferait encore plus vite à l'égard d'une chair homogène, en faisant la même injection dans la veine d'un criminel condamné à mort, de son consentement, & de l'autorité des Juges, avec promesse de lui relâcher la vie s'il en réchappoit". La conclusion de son expérimentation est tout à fait juste : "Je resserre en peu de mots toute la force de ma preuve : Toute maladie qui a un moyen immanquable de se communiquer est certainement contagieuse, or telle est la peste ; donc elle est certainement contagieuse". Il reste à Deidier à intégrer son modèle expérimental dans la réalité clinique.

Une hypothèse claire, une expérimentation originale, des résultats valides, une conclusion juste... mais des interprétations erronées.

Deidier va donc (logiquement) tenter d'expliquer la transmission inter-humaine à partir de ses résultats expérimentaux. Il écarte d'emblée la transmission aérienne, prônée par Astruc, afin de définir un mode de transmission par contact direct et prolongé, équivalant à son injection expérimentale. Mais il se lance dans un exercice rhétorique dans lequel il admet à la fois la thèse que chaque corps a sa propre atmosphère ("un certain

espace à la ronde où il ne cesse de transmettre en tous sens les corpuscules”) allant donc dans le sens de la démonstration d’Astruc sur la possibilité d’une transmission aérienne (“l’Auteur de la Dissertation que j’attaque ici n’a pas à craindre qu’on le contredise là dessus”), mais en contestant quelque lignes après cet auteur à propos de l’intensité de cette transmission (“il prétend que la peste passant d’un corps à l’autre y prend de nouvelles forces, infecte en un moment tout l’air d’alentour ; que cet air infecte ceux qui le respirent...”) en des termes assez vifs (“Ce ne sont pourtant là que des épouvantails d’un homme craintif qui, faute d’expérience en ce point, s’est allarmé de ce qu’il a lu”) qui ne laisse que peu de doute quant aux relations tendues existant entre ces deux professeurs en médecine de l’université de Montpellier, Astruc écrivant de Deidier après sa mort : “ce Professeur avait du savoir, de l’esprit mais pour ne rien dissimuler il paraît qu’il courait après la nouveauté beaucoup plus qu’après la vérité”.

Deidier prend comme contre-preuve illustrant la non-transmission de la peste par voie aérienne le fait que pas une seule des filles du Monastère de la Visitation n’ait attrapé la peste alors que le monastère était situé entre un cimetière et une infirmerie de peste, et en conséquence soumis à la même atmosphère : il ne discute pas de l’isolement comme explication, les religieuses étant en effet demeurées coupées de tout contact avec le reste de la ville durant l’épidémie. Deidier va d’un autre côté aller dans le sens de Chicoyneau en admettant que l’épidémie de peste n’est pas liée à la transmission par l’air mais par la mauvaise alimentation et l’absence d’hygiène, revenant ainsi aux causes naturelles de l’épidémie, facteurs présentés par les non-contagionnistes comme à l’origine de la peste. Deidier en vient à définir le contact qu’il estime équivalent à l’injection : il y inclut la transmission aérienne “rapprochée” (“humer trop longtemps et de trop près l’haleine brûlante qui sort de la bouche des malades”), la contamination par les tissus (“s’envelopper de la chemise ; coucher dans les draps d’un pestiféré”), le danger de l’effraction cutanée (“toucher ses propres playes avec des mains empreintes d’une sueur ou d’un sang infecté”), en défendant l’innocuité du contact simple (“approcher simplement les malades, en toucher les bubons et les charbons”).

Malgré le fait que l’on voit dans cette partie que Deidier envisage éventuellement d’autres vecteurs de transmission que la bile (ici la sueur et le sang), il reste en quelque sorte prisonnier de son observation et de son expérimentation, considérant la vésicule et la bile comme le siège du venin et n’ayant pas le souhait de diversifier les sources d’inoculation, estimant sa démonstration faite. Cependant, il semble que Deidier ait eu des émules : on retrouve sous la plume d’un autre médecin anonyme exerçant à Marseille en 1720, prenant pour modèle la démarche de Deidier, le récit d’une contamination expérimentale d’un chien par le sang d’un pestiféré décédé, obtenant les mêmes résultats. Le récit reste cependant isolé et sans commentaire...

La disgrâce et l’oubli d’Antoine Deidier

Pierre Chirac, premier médecin du Roi en 1731, meurt en 1732. Son gendre François Chicoyneau lui succède cette même année. Chicoyneau ne s’est pas montré particulièrement tendre avec Deidier, de façon indirecte ou plus directe, dans ses écrits sur la peste. Il ne semble pas que le changement brutal de situation d’Antoine Deidier survenant précisément en 1732 (il a alors 62 ans), le faisant passer du statut somme toute prestigieux de professeur en médecine de l’université de Montpellier à celui, sans doute bien plus modeste, de médecin des galères à Marseille, puisse être interprété en termes de promotion. Il serait assez probable que François Chicoyneau, usant de sa nouvelle

influence auprès du roi, ait pu d'une façon ou d'une autre, rendre la monnaie de sa pièce à Antoine Deidier, son contradicteur de longue date. Nous manquons d'informations sur ce sujet. La disgrâce de Deidier est également posthume, de façon un peu surprenante, il est beaucoup plus critiqué que ses contemporains. On peut en juger par exemple dans la *Biographie universelle, ancienne et moderne* de Joseph et Louis Michaud (1813) : "Deidier a prodigieusement écrit et la plupart de ses ouvrages contiennent des idées paradoxales et des hypothèses inadmissibles. Au lieu d'accumuler ici tous les titres de ces productions trop multipliées il sera beaucoup plus convenable de faire un choix raisonné [...]. Expériences sur la bile des pestiférés de Marseille et sur celle de personnes mortes d'autres maladies : les expériences de l'auteur prouvent ce que l'on savait déjà et ses réflexions portent presque constamment à faux". Dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (1821) Antoine-Jacques-Louis Jourdan reprend à son compte cet avis péremptoire : "ses ouvrages sont fort nombreux et la plupart remplis d'hypothèses gratuites ou d'idées paradoxales". Jean Dezeimeris, dans son *Dictionnaire historique de la médecine* (1834) cite le trait d'Astruc contre Deidier et le qualifie de "praticien très répandu". Dans le *Grand Dictionnaire universel* de Larousse (1876), la critique est récurrente : "ses écrits sont pleins d'opinions bizarres et contradictoires". Ce n'est que bien plus tard en 1958, que Deidier est réhabilité dans l'ouvrage édité par René Taton en 1958 (*La Science moderne*. Collection d'histoire générale des sciences) : "Membre de la mission médicale à Marseille, lors de la peste de 1720, il exprima des vues exactes sur la cause de cette maladie".

Vers une réhabilitation ?

Auteur peu ou mal connu, Antoine Deidier nous paraît devoir être réhabilité. Sa contribution portant sur l'expérimentation animale est particulièrement originale et en avance sur son époque. Partant d'une hypothèse juste, il parvient à une conclusion exacte obtenue à la suite d'un protocole expérimental conforme aux règles scientifiques. Même si ses interprétations restent imprégnées des fausses idées de son temps, Antoine Deidier mériterait d'être reconnu par les historiens de la médecine comme l'un des précurseurs de la médecine expérimentale.

NOTES

- (1) Disponible en ligne à la BIUM, <http://www.bium.univ-paris5.fr/bistmed/medica/cote?90958x253x02>.
- (2) *Dissertation sur l'origine des maladies épidémiques et principalement sur l'origine de la peste, où l'on explique les causes de la propagation et de la cessation de cette maladie*, Montpellier, Jean Martel, 1721.

RÉSUMÉ

Né en 1670, Deidier devient docteur en médecine à 21 ans. Il devient le gendre de Vieussens, puis est chargé de soigner les Marseillais lors de la peste de 1720. Il a des idées contagionnistes et pratique l'expérimentation, ce qui le fait considérer comme bizarre par ses confrères et d'autres savants de son temps. Il est temps aujourd'hui de le réhabiliter.

SUMMARY

Born in 1670 Deidier became a medical doctor at the age of 21. The son-in-law, of Vieussens, he took care of the inhabitants of Marseilles during the plague of 1720. A contagionist and an experimenter, he was considered as a strange scientist by his colleagues. It is time now to rehabilitate his memory.

L'hôpital Caroline sur l'Île Ratonneau *

par Georges FRANÇOIS **

À la fin du XVIII^{ème} siècle, Marseille dispose d'un vaste lazaret situé à Saint-Martin d'Arcenc au nord de la ville et d'un port de quarantaine à l'île de Pomègues, qui peut recevoir une soixantaine de navires au mouillage. L'ensemble est géré par les Intendants de Santé qui disposent d'un nombreux personnel (de 150 à 300 personnes, suivant l'activité portuaire). C'est alors qu'apparaît, venue d'Amérique, une maladie épidémique jusque-là inconnue sur le continent : la fièvre jaune.

En 1802, l'épidémie de Saint-Domingue à Haïti, avait décimé le corps expéditionnaire français, en faisant 29 000 morts parmi les 38 000 soldats et marins le composant. À Marseille même, la fièvre jaune était déjà apparue neuf fois au Lazaret entre 1800 et 1819 sans prendre un caractère épidémique. On ignorait à l'époque le mode de transmission de la maladie et les médecins étaient profondément divisés en ce qui concernait sa contagiosité. Des débats sans fin opposaient à l'Académie de Médecine et dans les différentes sociétés médicales de province les contagionnistes et les anticontagionnistes. Les débats ne seront définitivement clos qu'en 1881, lorsque Finlay confirmera le rôle du moustique comme agent de transmission de la fièvre jaune. Pour les contagionnistes la fièvre jaune, comme la peste, est une maladie "transmissible et importable". "Elle a pour cause première un miasme animal organodynamique dont la chaleur atmosphérique favorise l'action et qui peut être importé au loin".

Pendant l'été 1821, un navire en provenance de Cuba introduit la fièvre jaune à Barcelone. L'épidémie fait au moins 20 000 morts, soit le sixième de la population de la ville. En septembre de la même année, un navire en provenance de Malaga, avec à son bord des marins atteints de la maladie, est placé en quarantaine dans le port de Pomègues. L'affection se propage à d'autres navires "placés sous le vent" renforçant l'idée de l'origine "miasmatique" de la transmission par voie aérienne. On dénombre quarante cas de fièvre jaune avec douze morts. Par bonheur, l'épidémie est restée circonscrite à Pomègues et au lazaret de Saint-Martin d'Arcenc, où les malades avaient été hospitalisés. L'exemple de Barcelone fait cependant craindre de nouvelles épidémies et la menace est prise très au sérieux à la fois par le gouvernement de Louis XVIII et les édiles marseillais.

Localement, les Intendants de Santé, appuyés par la municipalité et la chambre de commerce, demandent la construction sur l'île Ratonneau d'un hôpital capable, en cas

* Séance de mai 2010.

** Association des amis du patrimoine médical de Marseille, Hôpital Salvator, 249, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 09.



Hôpital Caroline, vue générale.

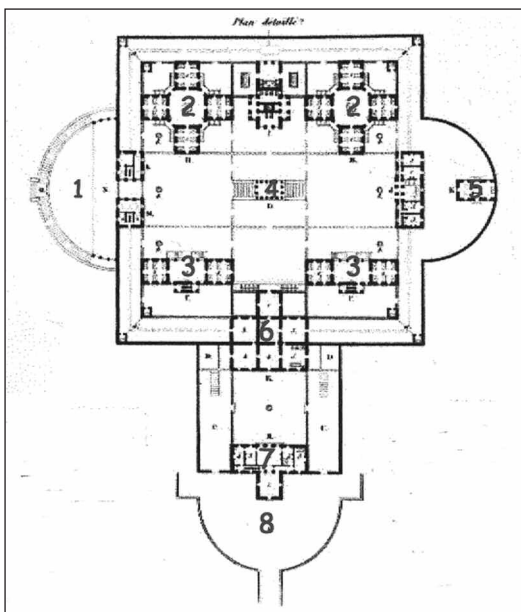
(© Association des amis du patrimoine médical de Marseille)

d'épidémie de fièvre jaune, de recevoir deux cents malades et soixante-dix convalescents. Cette construction devait permettre non seulement d'éloigner de la ville les malades infectés mais également d'éviter l'affolement de la population (les îles du Frioul sont situées à environ quatre kilomètres au large de Marseille). En 1821, le principe en est

retenu et c'est à l'architecte de la ville et du département, Michel Raymond Penchaud, qu'est confiée "l'étude d'une infirmerie pour les malades atteints de fièvre jaune". Penchaud présente en novembre 1821 un premier projet conforme aux souhaits de l'Intendance Sanitaire. L'Intendance insiste sur le caractère d'extrême urgence de cette réalisation qui devait être prête avant l'été 1822, le retour des chaleurs et avec lui le risque d'épidémie. Les premiers travaux d'aplanissement commencent en 1822, mais sont interrompus, le projet étant jugé trop important et trop onéreux. En 1823 Penchaud fait une nouvelle proposition pour un établissement pavillonnaire capable d'accueillir quarante-huit malades et vingt-quatre convalescents, et reçoit l'accord du Ministère. La réception des travaux par M.R. Penchaud a lieu le 3 juillet 1828. Il est décidé de donner à l'établissement le nom d'hôpital Caroline en l'honneur de Son Altesse royale Madame la duchesse de Berry, veuve du duc de Berry, assassiné un an plus tôt. L'hôpital a coûté 638 000 francs or. Il a finalement été financé à 60% par le trésor public et à 40% par la chambre de commerce et la ville.

L'établissement proposé par Penchaud obéit à trois impératifs : l'isolement, la surveillance et une grande capacité d'aération conformément aux directives de la commission centrale nommée par le ministère. Penchaud a choisi, comme le suggérait la commission, un système de pavillons. L'ensemble s'articule autour de deux cours.

Une première cour de 90 mètres de côté avec deux pavillons réservés



Plan de l'hôpital Caroline d'après Penchaud, in Médecine et surveillance, architecture de quarantaine, l'hôpital Caroline du Frioul, S. Bertran de Balanda et P. Boudou, Marseille, 1979.

L'HÔPITAL CAROLINE SUR L'ÎLE RATONNEAU

aux malades. Ces pavillons comportent quatre chambres de six lits chacune, disposées en croix autour d'un escalier central. Chaque quartier est fermé par des grilles de telle sorte que les déplacements des malades se limitent au trajet entre leur lit et la cour enclose de leur pavillon. À l'étage se trouve le logement réservé à l'infirmier. En face sont érigés deux pavillons réservés aux convalescents, disposés en longueur et comportant chacun douze lits. Là encore, les quartiers sont entourés de grilles assurant l'isolement des patients. Entre les pavillons de malades, le bâtiment des bains et de la buanderie. Au sud, le pavillon des morts est caché à la vue des malades par le pavillon des services (aumônerie, cuisine, pharmacie, logement des chirurgiens). Au centre de cette grande cour, une chapelle de style hellénistique, qui devait pour Penchaud rappeler les origines grecques de la ville. La chapelle édiflée sur un podium, devait permettre aux malades de suivre les offices de leur lit, sans risquer de contamination mutuelle.

La deuxième cour, de 40 mètres de côté, est réservée à l'administration de l'hôpital avec la capitainerie située entre les pavillons de convalescents et un peu en retrait de ceux-ci, et le bâtiment réservé à l'Intendance Sanitaire. La capitainerie, plus élevée que les autres bâtiments, devait faire office de mirador pour surveiller les déplacements aussi bien des malades que du personnel. L'agencement architectural prévu par Penchaud permettait non seulement l'isolement des malades mais également des circuits spécifiques pour le déplacement des personnes et des biens.

L'hôpital avait été construit sur une plate-forme surélevée, de telle sorte que le vent puisse chasser en permanence les "miasmes" responsables de la contagion. Pour ce faire, des ouvertures semi-circulaires aménagées dans la partie basse des bâtiments entretenaient un courant d'air permanent, l'air étant aspiré dans la partie centrale par un escalier à vis. À chaque angle de la cour et du chemin de ronde était installée une latrine. Chaque quartier disposait d'une citerne qui rassemblait les eaux de pluie récupérées à l'aide des chenaux et de conduites en terre cuite. Le nettoyage des planchers, des murs et des vêtements de malade devait se faire à l'eau de mer, puisée dans la calanque et trans-



La chapelle de l'hôpital Caroline.

(© Association des amis du patrimoine médical de Marseille)



Hôpital Caroline. La capitainerie encadrée par les pavillons de convalescents.

(© Association des amis du patrimoine médical de Marseille)

portée à l'aide d'un puits à roue. Un grand égout collecteur, lavé quotidiennement à l'eau de mer, servait de système d'évacuation. L'administration de l'hôpital était alors sous le contrôle de l'Intendance Sanitaire. En 1831, avec la fin de la Restauration, l'hôpital est débaptisé et prend le nom d'hôpital Ratonneau.

Remarquable réussite architecturale, l'hôpital n'a jamais eu l'occasion de remplir la mission pour laquelle il avait été conçu. Depuis sa création jusqu'en 1850, en l'absence de cas déclaré de fièvre jaune sur les navires arrivant à Marseille, l'établissement n'a jamais reçu de malades. Il a été utilisé en 1831 pour entreposer des balles de laine appartenant au gouvernement, ce qui a conduit à la démolition d'un certain nombre de cloisons. Les portefaix, détachés pour la manipulation et la surveillance des ballots, ont squatté les locaux d'hospitalisation. Le devis des réparations, établi par l'archiviste de la direction des travaux sanitaires, s'élevait à 1542,66 francs pour reblanchir les chambres, réparer les serrures, remplacer soixante-dix huit carreaux de vitre et remonter certaines barrières de fer. Certains des pavillons ont servi plus tard à loger des ouvriers des carrières installées sur l'île, des officiers ou du personnel des ponts et chaussées. En l'absence de fonctionnement régulier les vols de toutes sortes et les actes de vandalisme se sont multipliés. Si on y ajoute l'effet des intempéries (le mistral et les embruns) on comprend l'état dans lequel le secrétaire de l'Intendance Sanitaire a trouvé les locaux, lors d'une visite faite en 1847. Il écrit : "ce que j'ai vu dépasse toute idée de malpropreté que j'avais pu me faire, les quatre pavillons habités par les ouvriers sont dans un état déplorable ... Il n'existe pas de cloaque plus sale, plus dégoûtant ; les escaliers intérieurs, les paliers et les planchers sont pleins d'ordure... On a fait du feu dans toutes les chambres qui n'ont point de cheminée soit pour la lessive soit pour se chauffer... ; ainsi toutes les chambres jadis propres sont maintenant noircies par la fumée. Dans d'autres cas c'est le plancher qui est brûlé et qui s'est écroulé sur une longueur de neuf mètres. La plupart des portes et des fenêtres sont ébranlées, plusieurs grilles de fer dans l'intérieur de la cour sont tombées ; en fait les quatre pavillons sont dans un état pitoyable..."

En 1850, à la suite d'un conflit avec le Ministère, les Intendants de la Santé à Marseille sont "démissionnés". Le docteur Méliér, membre de l'Académie de médecine, est nommé Directeur de la santé pour la circonscription de Marseille. Il est assisté d'un conseil sanitaire où siègent entre autres le Maire, le Préfet et des représentants de la chambre de commerce. La même année, le lazaret d'Arenc est supprimé afin d'agrandir les installations portuaires et l'hôpital Ratonneau est réaménagé pour recevoir les passagers en quarantaine qui ne peuvent plus être admis à Arenc. La restauration est confiée à

L'HÔPITAL CAROLINE SUR L'ÎLE RATONNEAU

Vaucher, architecte de la Santé. Les quatre pavillons, jusque-là réservés aux malades de la fièvre jaune et en pratique inutilisés, sont transformés pour recevoir les quarantenaires, dans des chambres individuelles ou des dortoirs suivant la classe dans laquelle ils voyagent. Il ne reste pour l'hospitalisation proprement dite que six salles au premier étage de l'ancien bâtiment réservé à l'Intendance, avec une capacité de vingt lits. Dans les années suivantes, sous l'impulsion des Directeurs de la Santé, on va construire sur l'île cinq nouveaux pavillons pour l'accueil des passagers de première et de deuxième classe. L'ensemble de ces installations, y compris l'hôpital Ratonneau prend le nom de "lazaret des Îles". En 1855, le Ministre du commerce met à disposition de la guerre une partie du lazaret y compris deux des pavillons de l'hôpital Ratonneau. Il s'agit d'accueillir les soldats malades et blessés de retour de la guerre de Crimée. L'occupation du lazaret par les militaires se terminera en septembre 1856. Au total, pendant cette période, 308 navires provenant de Crimée débarqueront sur les îles 33.504 marins, 124.205 militaires et 5.091 passagers civils. Sept cent neuf malades furent traités à l'hôpital, parmi lesquels on déplora cent soixante-cinq décès, dont quatre-vingt dix dus au typhus.

C'est la seule période au cours de laquelle l'hôpital Ratonneau a réellement rempli sa fonction bien qu'il ne s'agisse pas de malades atteints de fièvre jaune. En 1858, une partie des bâtiments de l'hôpital est de nouveau mise à disposition du service de la guerre.

En dehors des périodes de cession des bâtiments à l'armée, l'activité de l'hôpital est des plus réduite pour ne pas dire inexistante. Voici ce qu'écrivit à ce propos le Dr Sinus Pirondi en 1875 dans le *Marseille Médical* : "L'hôpital de Ratonneau, distant de plus d'un kilomètre au nord du Frioul, est plus spécialement affecté aux malades atteints de choléra ou de fièvre jaune. Ses ressources sont grandes. En l'absence de malades, parfois des convois de quarantenaires ont été isolés dans cet hôpital. Mais, hâtons-nous de le dire, si cet établissement est précieux pour l'isolement des femmes ou des quarantenaires voyageant en famille, la sévérité de sa construction nonobstant la supériorité architecturale de son style, les barrières multipliées dans son enceinte, l'éloignement du lazaret et du port rendent cette résidence moins agréable aux quarantenaires et depuis plusieurs années, l'administration évite l'isolement sur ce point des passagers en convoi".

En 1900, un certain nombre de navires arrivent à Marseille avec des cas de peste déclarés. En 18 mois, 35 malades atteints de peste sont débarqués et soignés à l'hôpital Ratonneau avec 6 décès. Toutes ces petites épidémies se sont éteintes au lazaret, preuve de l'efficacité de cette structure. À cette occasion le docteur Joseph Péliissier dans sa thèse précise que "l'administration du lazaret en temps normal est essentiellement administrative... et un médecin ne s'y rend que lorsqu'un navire, venant d'une région contaminée, y vient demander sa désinfection. Quant au service de l'hôpital, il est organisé suivant les besoins, qui peuvent varier avec le nombre de malades en traitement". Par la suite le lazaret des Îles ne sera utilisé que de façon ponctuelle au cours de la première guerre mondiale pour loger des réfugiés, des indésirables ou des prisonniers de guerre. En 1923, lorsqu'il prend le nom d'hôpital Proust, deux pavillons seulement sont utilisables, l'un pouvant recevoir 17 malades, l'autre étant réservé au gardiennage. En 1936 plusieurs des bâtiments quarantenaires sont cédés à la Marine Nationale. La dernière utilisation de l'hôpital remonte à l'année 1941 à l'occasion d'une épidémie de typhus dans les prisons de Marseille : du fait de l'insuffisance des possibilités d'accueil des hôpitaux civils, on envoie les prisonniers purger leurs peines dans le lazaret. En 1942 les

îles sont occupées par les Allemands et seront bombardées par les alliés en 1945. En 1978 le Frioul devient un quartier de la ville, rattaché au 1er arrondissement de Marseille. Finalement, la construction de ce que l'on appelait à Marseille "l'hôpital du vent", justifiée par un risque surévalué, a coûté à la ville et au trésor public des sommes considérables en entretien, en réparations et en restauration, que ne justifient en aucun cas les services qu'il a pu rendre.

RÉSUMÉ

En 1821 une épidémie de fièvre jaune fait 20.000 morts à Barcelone. La maladie, arrivée à Marseille avec un navire en provenance d'Espagne, se limite à une quarantaine de cas, mais les pouvoirs publics craignent de nouvelles menaces d'épidémie. La décision est alors prise de construire sur l'île de Ratonneau un hôpital pour isoler et soigner les patients atteints de fièvre jaune. Confiée à l'architecte de la ville de Marseille, Michel Raymond Penchaud, la construction est terminée en juillet 1828. L'ensemble est baptisé Hôpital Caroline en hommage à la Duchesse de Berry, Marie Caroline de Bourbon Sicile. Surdimensionné, l'hôpital sera sous-utilisé, sauf en période de conflit armé. Mal entretenu, il a très tôt souffert des intempéries. En 1923, dans ce que l'on nomme alors l'hôpital Proust, seuls deux pavillons restent utilisables. Les bâtiments seront occupés une dernière fois en 1941 pour recevoir des sujets atteints de typhus en provenance des prisons de Marseille.

SUMMARY

Yellow fever killed 20000 in Barcelona in 1821. In Marseilles, the mayor and other authorities are afraid and decide to build a new hospital in Ratonneau island. It will first be named after Princess Carolina, for dynastic reasons, then after Pr Proust. It will always be underused, and will close in the end in 1941 after an epidemic of typhus.

Marseille et Jacques Daviel *

par René GRANGIER **



*Portrait de J. Daviel par Donat Nonotte,
Musée des Beaux Arts de Besançon.*

La vocation médicale de Jacques Daviel

Jacques Daviel naît en 1693 en Normandie à la Barre-en-Ouche, petit village proche de Bernay dans le diocèse d'Évreux. Sa mère est Élisabeth Nicolas et son père exerce la profession de tabellion royal, équivalant de nos jours à notaire. Sa vocation médicale commence-t-elle le jour où il sert d'aide au médecin du village pour réduire la fracture de jambe d'un paysan ? Il perd son père à 14 ans. Envoyé en apprentissage chez son oncle, le docteur Sallou, à Rouen, il fait sa médecine. Engagé comme aide-chirurgien dans les Gardes Françaises pendant six années, il sert en Flandre dans les hôpitaux militaires. Il est alors nanti de certificats de "bons et loyaux services" comportant des recettes de chirurgie de guerre. C'est le temps morose du déclin de Louis XIV. La paix d'Utrecht est signée en 1713. Il trouve

une fonction d'assistant auprès du docteur Bourdon à l'Hôtel-Dieu de Paris. C'est alors qu'un événement majeur va modifier le cours de sa vie. En 1720 la peste ravage le sud de la France. En Provence, on déplore 1 000 morts par jour. Des secours médicaux sont demandés par voie officielle. J. Daviel se porte volontaire comme chirurgien d'épidémie dès le mois d'octobre au sein d'une équipe parisienne constituée à l'initiative du docteur Chirac, alors médecin du Régent (Louis XV ayant 15 ans, la régence est assurée par Philippe d'Orléans). Le docteur Chirac, trop vieux (70 ans), confie la tâche à son gendre le docteur Chicoyneau, professeur à Montpellier. L'équipe va donner ses soins à Digne, Toulon, Arles et Salon-de-Provence. Dans cette ville, en avril 1721, Daviel se lie

* Séance de mai 2010.

** 24, avenue des Frères Lumières, 69008 Lyon.

d'amitié avec le docteur Joseph Félix, maître chirurgien dont il ne peut sauver la fille aînée, Marie, de la fièvre pestilentielle. Le chagrin le rapproche de la famille et il rencontre la sœur cadette, "la belle Annette", qu'il épouse le 18 avril 1722 en pleine épidémie. La dot de la mariée comprend "plusieurs milliers de livres de louis d'or et les marques d'une tendresse réciproque" comme le mentionne le contrat de mariage.

Jacques Daviel à Marseille

S'installant à Marseille, le jeune couple habite face au parvis de l'église Saint-Martin, dans le quartier de la Friperie. C'est sous la houlette de son maître le docteur Bertrand, que Daviel fait preuve de qualité d'épidémiologiste, alliant isolement des malades et utilisation du "vinaigre des quatre voleurs", inscrit depuis au Codex en 1748. Cet antiseptique à base d'ail, de camphre et de macération de plantes aromatiques, éloigne par son parfum les puces du rat, vecteur de la maladie. A. Yersin (1863-1943), médecin militaire, découvrira le bacille pesteux en 1894. Le docteur Bertrand notera dans le certificat qu'il lui remettra que Daviel "a servi avec beaucoup de zèle et d'application" au service des pestiférés de Provence. En quatre ans la maladie perd sa virulence. À Marseille on déplore 50 000 décès. J. Daviel reçoit les honneurs et la Croix de Saint Roch avec une gratification de la part de la ville phocéenne. Il obtient une chaire officielle de chirurgien barbier de quartier. Puis il devient maître-chirurgien juré en octobre 1723 à l'hôtel-Dieu. Son habilitation sera confirmée cinq ans plus tard. Il est réélu jusqu'en 1729 puis en 1731, après une interruption de deux ans.

Jacques Daviel, oculiste au siècle des Lumières

Depuis 1728 il s'intéressait aux affections oculaires. La carrière fulgurante de Daviel, obtenue au prix de ce que nous appelons aujourd'hui la validation des acquis de l'expérience, suscite des jalousies. En 1729 il commet une faute en transportant un cadavre de soldat chez lui pour faire une dissection. Cela lui vaut la révocation par le recteur. C'est après le passage d'un oculiste ambulant anglais, John Taylor dit le Chevalier, venu opérer à Marseille en 1734, que son orientation se confirme. John Taylor a inscrit sur son carrosse : *Qui dat videre, dat vivere*, et reste le type classique de l'oculiste itinérant. "Professionnel de la réclame", tout à fait indifférent au sort postopératoire de ses malades, il est, malgré tout, connu des cours d'Europe. John Taylor opérera même Jean-Sébastien Bach (1685-1750) qui décèdera à 65 ans des suites d'une infection oculaire à Leipzig. Daviel, chirurgien généraliste, commence alors à pratiquer des opérations sur les paupières et la cataracte.

Protégé par le roi Louis XV grâce à l'intercession de son premier chirurgien Gigot de la Peyronnie, il sera nommé en 1736 chirurgien des galères du roi. Dès le printemps, le Sud-Ouest de la France, l'Espagne puis le Portugal sont l'objet de son premier voyage d'oculiste itinérant. Puis, en septembre 1738, il devient démonstrateur royal d'anatomie et de chirurgie. Il est autorisé à donner des cours dans l'amphithéâtre d'anatomie pour instruire les futurs "chirurgiens navigans" de Sa Majesté à Marseille, alors grand port de guerre. La même année, le poste de chirurgien major de l'Arsenal des galères lui donne l'occasion de voyager dans les différents états du royaume sur la galère royale *La Fortune*. En mai 1739 il doit se rendre à Livourne pour aller chercher Mademoiselle Charlotte Aglaé de Valois, fille du régent Philippe d'Orléans, née de son second mariage avec la princesse Palatine.

En 1741 il reprend la mer sur *La Fortune* et opère sans relâche dans le golfe du Lion. Un nouveau voyage l'amène en Italie du Nord, à Turin notamment, où il est présenté au

roi de Sardaigne, et à Milan où il rencontre la duchesse de Modène (le duché fut supprimé par Bonaparte en 1796). Pour parfaire ses connaissances sur le traitement de la cataracte, il se rend à Montpellier pour consulter les écrits d'Amar Ben Ali de Mossoul datant du XI^{ème} siècle et concernant l'aspiration du cristallin.

L'opération de la cataracte au XVIII^{ème} siècle

Depuis l'Antiquité, la cataracte était considérée comme un amas d'humeur superflue. Son traitement consistait à abaisser à l'aide d'une aiguille, la lentille opacifiée suspendue par la zonule décrite par J. Zinn (1727-1759). Le rôle du cristallin et la méthode chirurgicale pour remédier à son opacification furent prônés par Pierre Brisseau, médecin major du roi. Il démontra que le cristallin était bel et bien le siège de la cataracte. L'idée fut reprise par Michel Brisseau, son fils (1676-1743) dans *Le traité de la cataracte et du glaucome* paru en 1705. Charles de Saint-Yves (1667-1736) en 1708 réussit à extraire une cataracte abaissée et luxée dans la chambre antérieure. Dans la même période, le chirurgien Antoine Maître-Jan, né en 1650, publie en 1707 *Le traité des maladies de l'œil et des remèdes propres pour leur guérison*. Ces chirurgiens furent les précurseurs de Daviel dans sa nouvelle méthode. Le débat sur la cataracte a même été porté devant les sages de l'Académie Royale des sciences. Dès mars 1735 dans *Le Courrier d'Avignon*, J. Daviel, chirurgien de Marseille, invite chez lui ceux qui voudront être témoins d'opération des yeux. Diderot fut l'un de ceux-ci. Il se dévoue, aussi, volontiers gratis en faveur des pauvres.

En 1743, pour accroître sa notoriété, il monte à Paris où il fait de nombreuses communications à l'Académie de chirurgie, de création récente (1731) dont il devient le correspondant. En 1745, Daviel pratique sa première véritable extraction du cristallin à la suite de l'incident opératoire survenu sur l'œil gauche de l'ermite Félix d'Eguilles (près d'Aix-en-Provence). Lors de l'abaissement classique du cristallin, celui-ci se brise en plusieurs morceaux qui tombent dans la chambre antérieure. Daviel choisit alors, pour ôter ces fragments, la même voie d'abord que Jean-Louis Petit en 1708. L'observation est détaillée dans *Le Courrier d'Avignon*. Le tableau d'Eugène Mein, commandé en 1924 par le Professeur Aubaret, de Marseille, illustre cette intervention novatrice. Au XVIII^{ème} siècle le patient est opéré assis et sans anesthésie, la tête maintenue par un aide.

En 1746 Daviel décide de quitter Marseille au bout de 24 ans, pour s'installer à Paris au 19, quai Malaquais (future demeure de George Sand). Dès 1748 il achète la charge de conseiller et devient chirurgien ordinaire du roi. Le ministre de la guerre l'autorise à opérer à l'Hôtel Royal des Invalides où il retrouve X. Bouquet chirurgien major en chef qu'il avait connu à l'hôtel-Dieu. En deux ans, sur 200 patients, il a opéré 75 cataractes dont 61 sont une réussite. Pour sa promotion et dans un but publicitaire, il fait paraître dans la revue *Le Mercure de France* une lettre à son protecteur marseillais Monseigneur de Joyeuse, médecin du roi dans les galères. En 1749 il devient l'oculiste du roi Louis XV. Mais de la réussite la jalousie n'est que le corollaire. Lors de cures à Reims, un oculiste anonyme qui assure les soins post-opératoires essaye de lui porter ombrage en le dénonçant à l'Académie de chirurgie. En 1750 il se rend à Mannheim où, derechef, il est confronté à un incident opératoire. Il réitère sa méthode en opérant la cataracte de l'œil gauche de la princesse Palatine des Deux-Ponts. Le succès lui vaut de devenir l'oculiste de l'électeur Palatin Charles Théodore de Soulszbach. Désormais il est fidèle à la méthode d'extraction extra-oculaire. Sur son chemin, il opère à Liège, Cologne, Metz et Strasbourg. Son bilan final fait ressortir 206 extractions dont 182 sont des réussites.

génie de Daviel. Les trompettes de la renommée et les petits génies transmettent le message flatteur. Vers 1784, Prud'hon fait le portrait de son maître Devosge et montre bien l'atrophie légère de l'œil gauche.

Conclusion

La peste de 1720 a servi de catalyseur aux talents du chirurgien d'épidémie J. Daviel pour accéder au statut de professeur d'anatomie et de chirurgie à l'hôtel-Dieu de Marseille. Son savoir-faire et son indéniable faire-savoir vont le hisser aux sommets de la gloire. Reconnu comme bienfaiteur de la ville de Marseille, Jacques Daviel est surtout un grand précurseur en ophtalmologie. Son travail et ses qualités lui permirent de révolutionner l'opération de la cataracte pratiquée depuis l'Antiquité par abaissement du cristallin. Sa méthode de l'extraction du cristallin "hors du chaton" (de son enveloppe capsulaire), mise au point dès 1745, a réduit considérablement les complications. Il fait passer l'oculiste du stade de "charlatan ambulante" à celui de spécialiste à part entière. Jusqu'à la seconde moitié du XVIIIème siècle, la France est, sans conteste, le centre de l'ophtalmologie moderne. Après la création d'une chaire d'ophtalmologie à Paris, puis à Vienne grâce à l'impératrice Marie-Thérèse d'Autriche, et enfin à Montpellier en 1768, l'ophtalmologie acquiert, alors, ses lettres de noblesse. Novateur, Jacques Daviel a initié l'évolution des techniques opératoires. La micro-chirurgie moderne de la cataracte extracapsulaire ne cesse de s'améliorer pour apporter au patient opéré une vision et un confort de plus en plus notable.

BIBLIOGRAPHIE

- SAINT-RESTITUT C. - "Jacques Daviel (1693-1762) inventeur de l'opération de la cataracte", *Gaz. Med. de France*, 87, n° 12 du 28 mars 1980, p 1463-1464.
- Jacques Daviel. *Centenaire de la Société Française d'Ophtalmologie 1883-1983*, Monographie Laboratoires Dulcis, Monaco, 1983, 47 p.
- FIGARELLA J. - *Jacques Daviel maître-chirurgien de Marseille, oculiste du Roi (1693-1762)*, Estampe de Lemire à sa gloire, Imprimerie Robert, Marseille, 1960, 275 p.
- POULIQUEN Y. - *Un oculiste au siècle des Lumières, Jaques Daviel*, O. Jacob, 1999, 287 p.
- DAVIEL J. - *Sur une nouvelle méthode de guérir la cataracte par l'extraction du cristallin*, t. 2, Paris, Delaguette, 1753, p. 337-352.
- TAYLOR J. - *Lettre à Messieurs de l'Académie Royale de Chirurgie de Paris touchant une nouvelle méthode sur l'art de rétablir la vue quand on l'a perdue par la... cataracte...*, Université de Paris, Faculté de Médecine, rapport, Paris, 1765.
- HEITZ R. - "Les derniers voyages de Jacques Daviel", *Mémoires, Bulletin de la Société Francophone d'Histoire de l'Ophtalmologie*, n°14, 2005, p. 13-15.
- FRANCESCHETTI A. - *Daviel et Genève, l'ophtalmologie des origines à nos jours*, T. 3, Annonay, Laboratoires Faure, 1981.

RÉSUMÉ

Jacques Daviel, né en Normandie en 1693, a la vocation d'être médecin. Il perd son père très tôt, et son oncle, le docteur Sallou, le prend en apprentissage à Rouen et il devient aide-chirurgien. Alors qu'il est assistant à l'Hôtel-Dieu de Paris, il se porte volontaire pour combattre l'épidémie dans le sud de la France, où Le Grand Saint Antoine a apporté la peste. Daviel montre ses talents d'épidémiologiste et d'hygiéniste en isolant les malades. Il utilise le vinaigre des quatre voleurs, inscrit au codex depuis 1748, pour éloigner les puces du rat vecteur de la maladie. La ville de Marseille le récompense en le nommant chirurgien à l'hôtel-Dieu. Alors débute sa vocation d'oculiste. En 1745 sa technique pour la cataracte révolutionne la chirurgie oculaire et il deviendra oculiste de Louis XV. François Devosge, qu'il a opéré avec succès, l'immortalise dans une estampe remise au Roi, J. Daviel sur le chemin du temple de mémoire. Il meurt en 1762.

SUMMARY

Jacques Daviel, soon an orphan, was educated by his uncle, Dr Sallou. When plague burst in Southern France, he decided to help there, and realised it was good to use “vinaigre des quatre voleurs” to chase fleas. He was taken as a chirurg at the hôtel-Dieu in Marseilles and there developed a new technique to remove cataract.

L'hygiéniste Adrien Proust, son univers, la peste et ses idées de politique sanitaire internationale *

par Alain SÉGAL** et Bernard HILLEMAND



*Adrien Proust, photographie de l'atelier Nadar
© Médiathèque de l'architecture et du patrimoine.*

La famille Proust

Nous ne pouvons commencer cet aperçu sur le professeur Adrien Proust (1834-1903) sans évoquer celui qui fait la gloire de la famille, son fils aîné Marcel. Mais, s'il est plutôt vrai que Marcel fut le fils de sa mère et Robert, le chirurgien, le fils de son père, il faut rendre justice au professeur Adrien Proust qui, malgré une incompréhension désarmante le séparant de son fils Marcel, a été un père d'une indulgence touchante abandonnant son fils aux soins exclusifs et qu'il savait bons de son épouse Jeanne, née Weil. Adrien Proust par pure bonté paternelle et par résignation avait aussi permis à ce fils qui le déconcertait complètement de mener sa vie comme il l'entendait. Jamais, il ne lui refusa d'argent et Dieu sait combien les vêtements, les orchidées, les cadeaux, les petits dîners de dix à quinze personnes, les pèlerinages ruskiniens, les longues promenades dans de somptueuses berlines de location sans compter les importantes factures d'ouate pour son asthme et celles de toutes les médications dont sa poudre Legras, sa caféine -et j'en passe- pour

combattre selon son seul avis ses insomnies, ses rhumatismes, ses indigestions et bien d'autres ennuis ... Finalement, toutes ces dépenses furent payées sans le moindre repro-

* Séance de mai 2010.

** 25, rue Brûlée, 51100 Reims.

che. Le pire pour ce père fut de voir tous ses vrais et bons conseils repoussés malgré la tentative de lui faire lire l'ouvrage paru en 1897 qu'il rédigea non sans une arrière-pensée avec le psychiatre Gilbert Ballet, *Hygiène du Neurasthénique* ! La vie mondaine et nocturne de Marcel Proust, source profonde et variée de son inspiration, passait au dessus de tout pour l'écriture même si cela était très nuisible à sa santé au grand désespoir de son père, ce que prouve cette réplique de Céleste Albaret lors d'un retour des rendez-vous pris par ses soins pour Marcel : "Alors, monsieur, vous avez fait provision pour votre livre !".

Adrien, le père, et l'histoire des épidémies

Reste que son père Adrien, en fait, marqua l'écrivain profondément par la méthode scientifique qu'il appliquait à ses écrits et Marcel, sagace observateur, en a toujours tenu compte comme le prouvent les pénétrantes et implacables analyses, voire les véritables dissections qu'il livre dans ses écrits. Ce père ne fut donc pas pour son fils écrivain celui que l'on a décrit mais il fut surtout un hygiéniste mondialement reconnu par son savoir et son sens pratique, ce que nous démontre son combat pour *une hygiène internationale et ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique*, titre de son essai de 1873. Adrien Proust n'hésitait jamais à se rendre audacieusement sur les terrains épidémiques. Nous savons combien la peste de 1720 a marqué profondément Marseille et ses alentours.

Depuis, en un siècle, les pays industrialisés ont vaincu des fléaux aussi vieux que l'humanité et, comme le soulignait J.-C. Sournia (5), ils ont quelques raisons d'en être fiers à condition de mesurer l'ampleur de leur victoire et de ne point mettre au compte de leur ingéniosité ce qui ne lui est pas dû. Mais les hygiénistes du XIX^{ème} siècle ont fait un travail considérable dans l'hygiène de vie, l'alimentation, le vêtement, l'habitat, en supprimant bien des vecteurs de transmission microbienne comme la destruction des taudis, l'amélioration des égouts et des adductions d'eau potable etc. (1, 3, 6, 10)... N'oublions pas ici à Marseille le rôle primordial du savon ! Reconnaissons qu'au XIX^{ème} siècle l'application des règles quaranténaires avec les lazarets a chassé d'Europe la peste et le choléra avant que nous en connaissions les germes responsables ! Mais on voit aussi que certaines maladies ont cessé de faire parler d'elles sans qu'on ait su les enrayer comme la lèpre ! Le terme lazaret viendrait du mot italien *lazzaretto*, lui-même une déformation de Nazareth. Car, sur un îlot de la lagune de Venise, nommé Santa Maria di Nazareth, fut fondé en 1423 le premier établissement en Europe destiné à mettre en quarantaine les "pestiférés", au sens large (8). Une institution vénitienne, la Sanità, administrait celui du *vecchio* et du *nuovo* pour les convalescents. Donc, résultat d'une contamination de langage, les lazarets n'ont rien à voir avec Saint Lazare, saint patron des lépreux. Les lazarets ne se trouvaient pas que dans les seuls ports comme le prouve l'existence de celui de Milan fondé en 1488 et même celui de Berlin datant de 1710. L'hôpital Saint-Louis fondé par Henri IV en 1607 pour les malades atteints de la peste fut dans sa fonction première un lazaret expliquant son architecture particulière avec ce haut mur le cernant complètement. Mais, au XIX^{ème} siècle, avec l'apparition de nouvelles maladies contagieuses importées par voie maritime, les lazarets s'établirent presque exclusivement dans la proximité des ports, créant une sorte de cordon sanitaire, car des foyers de pestes endémiques subsistaient au Moyen-Orient et dans les Balkans ; mais ici le rôle des Autrichiens depuis les années 1770 avait permis d'endiguer les poussées épidémiques par voie terrestre qui visaient l'Europe occidentale (8, 9). Ainsi vit-on la création de lazarets aux grandes embouchures de fleuves comme ceux de la Garonne, de

la Seine et celui particulier du Rhône avec Marseille et ses îles, mais d'autres pouvaient apparaître si les circonstances l'obligeaient comme celui de l'embouchure de la Loire suite à une épidémie de fièvre jaune (acte d'un gouvernement de Napoléon III) (1, 9). Nous insistons sur le fait que l'endiguement de certaines épidémies de choléra après celle terrible de 1832 montra l'insuffisance de concertation entre les pays concernés et, dès 1851, il fut établi des conférences sanitaires internationales, mais les diplomates pensaient à défendre plutôt les enjeux économiques que la santé des populations, car n'oublions pas que c'est la période des colonisations de riches territoires. Donc, Adrien Proust comme inspecteur général des services sanitaires livre depuis la Conférence de Vienne de 1874 une liste des différents lazarets possibles, créant le cordon sanitaire français. Il est régi par le décret du 22 février 1874 qui sera en grande partie modifié grâce à lui par le décret de la police sanitaire maritime du 4 janvier 1896 : la quarantaine d'observation était maintenue mais réservée au seul cas d'infection au lieu de la provenance, avec encore des malades à bord, et non au cas d'une seule suspicion d'infection. L'isolement des passagers ou des membres d'équipage suspects ne dépassait pas cinq jours pour le choléra, sept pour la peste et la fièvre jaune (7, 8). Les lazarets se voyaient doubler préférentiellement de stations sanitaires provisoires qui pouvaient être établies, si les conditions l'exigeaient, dans n'importe quel port, dans des locaux préexistants voire des tentes comme abris isolés ! On mettait l'accent non pas sur le seul isolement mais surtout sur la désinfection des marchandises et du navire suspects d'où la présence, désormais, d'étuves à désinfection. La liberté du commerce trouvait ainsi en grande partie un terrain d'entente grâce aux progrès de l'épidémiologie, de l'antisepsie et de l'asepsie. Il va de soi que les travaux d'un Davaine, d'un Toussaint, d'un Pasteur, d'un Lister avaient fait réfléchir à la prophylaxie générale. Si Robert Koch découvre le bacille de la tuberculose en 1882, il découvre l'année suivante le vibron cholérique et le mode de contamination oro-fécale. Encore faudra-t-il attendre la conférence de 1903, où Émile Roux est le représentant de la France, pour y voir appliquer les mesures nécessaires ! Enfin, la démonstration de la responsabilité de ces agents pathogènes dans les maladies correspondantes finit par faire basculer les défenseurs de l'anti-contagionisme, hormis, comme d'habitude, pour de basses raisons mercantiles les Britanniques avec leurs partisans du libre-échange (7, 9).

C'est pourquoi seront ajoutées des inspections des navires à l'embarquement par des médecins agréés, en poste dans les différents grands ports, afin de prévenir des épidémies lors de la traversée. De plus, en 1898, le gigantesque lazaret d'El Tor verrouillait bien la Mer Rouge et ses risques en raison de l'afflux des pèlerins pour La Mecque (13) et écartait bien des menaces épidémiques extrême-orientales que l'ouverture du canal de Suez avait évidemment aussi accrues ! Un très important lazaret à Alexandrie et des offices sanitaires à Suez et à Port-Saïd complétaient l'ensemble administré par le Conseil sanitaire d'Égypte qui fut créé, non sans mal, à la Conférence sanitaire de Venise de 1892.

Reconnaissons qu'Adrien Proust avait puissamment œuvré comme inspecteur général des services sanitaires pour obtenir de tous des règles de base communes ; ce réseau de lazarets resta un des maillons essentiels de la protection contre les maladies pestilentielles et celui-ci perdura même presque jusqu'à la Deuxième guerre mondiale et rendit des services à la Première guerre mondiale. Cependant une certaine désaffection s'installa en raison de l'extinction progressive de certains foyers endémiques et de l'efficacité des mesures de protection, en particulier pour la peste et le choléra, affection fort bien connue d'Adrien Proust qui rédigea en 1873 *La défense de l'Europe contre le choléra*, ouvrage

couronné par l'Institut de France. Dès 1874 à la conférence de Vienne, ce dernier avait réussi à faire adopter et à faire consigner par l'assemblée une idée à laquelle il tenait beaucoup : c'était de prévoir la mise en place d'un organisme sanitaire international permanent dénommé *Office international d'hygiène publique*. Mais même à la dixième conférence de Venise en 1897, son idée ne fut pas adoptée et on aménagea seulement pour la peste les propositions faites pour le choléra (2). C'est seulement en décembre 1907, donc bien après son décès en novembre 1903, que sa proposition vit le jour avec une convention signée à Rome établissant cet office dont le siège fut établi à Paris dès 1908. Ainsi avait-on désormais un organisme de coordination pour lutter contre la terrible triade de la peste, de la fièvre jaune et du choléra. Certes à la fin du XIX^{ème} siècle ce dernier semble mieux contenu à l'écart de l'Europe mais, depuis un certain temps, des informations inquiétantes sur la peste reviennent aux oreilles d'Adrien Proust, toujours vigilant. On croyait celle-ci pratiquement éteinte depuis un demi-siècle et elle vient de se manifester brutalement à Canton et en Thaïlande en 1894, puis c'est, en 1896, Bombay. La suite lui donnera amplement raison car en 1898 c'est Madagascar et en 1899 la Mandchourie, Hawaï, le Brésil, l'Argentine et l'Égypte, puis la Californie en 1900 aux USA ; le Pérou est atteint en 1903, l'Indochine en 1906 et l'Indonésie en 1911 ! (2, 4, 6). Inutile de souligner le rôle des navires à vapeur dans cette propagation, où les rats s'installent bien volontiers. Donc, en août 1899, Adrien Proust est convié à une mission de contrôle de la fiabilité des installations du Frioul. En 1901, Marseille, le plus grand port de la Méditerranée, a reçu 8 304 navires et 241 946 passagers et parmi ces milliers de bâtiments, 778, provenant de pays susceptibles d'être atteints de la peste, du choléra et de la fièvre jaune, ont fait l'objet d'un contrôle adéquat mettant dix-sept d'entre eux, considérés comme contaminés, à une quarantaine d'observation avec leurs passagers et équipages (1). On débarqua ainsi 3 353 personnes parmi lesquelles on recensa 29 malades de la peste dont huit décédèrent ! Cela ne se passa pas sans des contestations parfois bien justifiées dont celles concernant le médecin du lazaret qui tardait à effectuer sa visite retardant d'autant le débarquement à Marseille. Que dire aussi des conditions de débarquement et de séjour et des soins au lazaret ? Un regard sur l'histoire du navire *Sénégal* qui avait à son bord Raymond Poincaré et de nombreuses personnalités nous révèle que l'on dut malgré les risques rester sur le navire avant de recevoir l'inoculation de sérum anti-pesteux au lazaret. Certains attrapèrent également une sorte de gastro-entérite la "Frioularde", encore que Raymond Poincaré ait pu faire réduire le temps de quarantaine. L'affaire du navire des Messageries maritimes le *Laos*, en provenance d'Extrême-Orient, nous apprend le débarquement à Suez de deux pestiférés parmi les chauffeurs arabes et à l'arrivée au Frioul c'est quatorze chauffeurs qui sont atteints et mis à l'hôpital Ratonneau bientôt suivis de trois autres ! Cela finira avec cinq morts (9). Ainsi, malgré la peste à bord, les passagers ne seront débarqués que 24 heures après dans la plus grande confusion et il faut débarquer aussi les 56 chauffeurs arabes que l'équipage ne veut plus à bord ! La quarantaine s'établit alors dans des locaux aux conditions de confort très médiocres (sans cheminée ni chauffage quelconque) et fort insalubres (sans commodités, ni pharmacie, ni instruments) ce que confirmera un rapport du professeur lyonnais Teissier à l'Académie de médecine : "Ce n'est pas un hôpital, c'est une ruine" ! Adrien Proust avait, quant à lui, trouvé la disposition et l'aménagement très relativement satisfaisants. À cela s'ajoutait, fait plus grave, l'insuffisante qualité des désinfections et ce fut bien le cas du navire *Sénégal* parti du Levant avec la peste à bord, prouvant bien que la désinfection du navire avait été négligée lors de sa précédente arrivée. Des preuves ont

été fournies que bien des objets des voyageurs rentraient dans Marseille sans être passés à l'étuve. De plus, l'idée du passeport sanitaire ne vaut guère plus que les lazarets décriés par certains. Devant toutes ses attaques, Adrien Proust réagit en bon fonctionnaire en regrettant les faiblesses surtout par manque de personnels qualifiés, l'attitude indisciplinée de certains passagers et en encourageant le recours au sérum anti-pestueux. Très habilement, il clôtura en présentant de façon caustique le système britannique annonçant que "ce n'est pas le moment de prendre exemple sur le système sanitaire anglais, quand le gouvernement anglo-indien a laissé la peste pénétrer en 1896 à Bombay, où elle continue à régner depuis cette époque !". Cette épidémie y a fait des millions de morts et y demeure encore de façon endémique. D'ailleurs, une poussée plus sévère a été observée en 1994 dans le district de Maharashtra et il a fallu plus de trente morts avec une panique concomitante à Bombay (10 millions d'habitants) pour obtenir quelques réactions dans ce pays où la santé publique reste désastreuse (11, 12). Ce n'est pas le texte de mise au point suite à la Conférence inter-régionale d'Antananarive des 7-11 avril 2006 qui nous démentira. La peste : le vieux fléau se porte bien ! (14).

En 1902, Adrien Proust établit un rapport pour le Service sanitaire maritime sur les améliorations à apporter au fonctionnement du service dans le port de Marseille et au lazaret du Frioul, puis un autre avec le Dr Paul Faivre concernant la destruction des rats et les désinfections à bord des navires. Finalement, combien le professeur Adrien Proust avec le diplomate Camille Barrère avait eu raison de soutenir en dogme universel que les questions d'hygiène internationale dépassent les frontières que la politique a établies. Sur ce point sa réputation était telle qu'Anatole France s'adressant à Marcel lui dit un jour : "Mon cher ami, Je n'oserai jamais consulter Monsieur votre père ; je ne suis pas assez important pour lui qui ne soigne que les bassins !". Nous concluons avec son fils Marcel qui témoigne de sa réelle affection dans une lettre à son ami Robert de Montesquiou écrite après le décès par apoplexie de son père le 26 novembre 1903 : "Je bénis maintenant ces heures (de maladie) passées à la maison qui m'ont fait tant profiter de l'affection de papa ces dernières années".

BIBLIOGRAPHIE

- (1) PANZAC Daniel - *Quarantaine et lazarets, l'Europe et la peste d'Orient*. Edisud, Aix-en-Provence, 1986.
- (2) PROUST Adrien - *La défense de l'Europe contre la peste et la conférence de Venise de 1897*, Paris, Masson, 1897.
- (3) PROUST Adrien - *Traité d'hygiène publique et privée*, Paris, G. Masson, 1ère édition 1877, 2ème édition 1881, 3ème édition 1902 avec les Drs Netter et Bourges.
- (4) LUCENET Monique - *Les grandes pestes en France*. Éditions Aubier Montaigne, Paris, 1985.
- (5) RUFFIÉ J., SOURNIA J.-C. - *Les épidémies dans l'histoire*, Flammarion, Paris, 1984.
- (6) HUARD Pierre, LAPIERRE Jacques - *Médecine et santé publique dans le tiers monde*, Éditions du Centurion, Paris, 1981.
- (7) MAFFART B., PERRET J.-L. - "Histoire du concept de quarantaine", *Médecine tropicale*, 1998, 58, 14-20.
- (8) LAGET Pierre-Louis - "Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies pestilentielles au XIXème et au début du XXème siècle", *In situ*, 2002, 2, 1-12.
- (9) PANZAC Daniel - "Pratiques anciennes et maladies nouvelles : la difficile adaptation de la politique sanitaire au XIXème siècle", *Bulletins et Mémoires de la société d'anthropologie de Paris*, Nouvelle série, 1998, 10, N° 1-2, 53-66.
- (10) SÉGAL Alain, TRÉPARDOUX Francis - "Bouchardat et la médecine hygiénique", *Hist Scien Méd*, 41, 2007, 279-286.

- (11) PILGAOKAR Anil - "Considérations éthiques de la pratique médicale. Curieux rôle joué par des professionnels : celui de spectateurs !", *Indian Journal of medical Ethics*, Nov/Déc 1994, 2 (2), p. 4.
- (12) AUBRY Pierre - "La peste en Inde. Un siècle après la découverte du bacille par A. Yersin", *Med Trop*, 1994, 54, 289 *passim*. Et medecinotropical.free.fr/cours/histoirepeste.htm du 19/05/2010.
- (13) PROUST Adrien - "Le pèlerinage de La Mecque", *Revue des deux mondes*, 15 mai 1895.
- (14) COT S., BERTHERAT E. - "La peste : le vieux fléau se porte bien", *Médecine tropicale*, 2007, 67, N° 2, 117-118.

RÉSUMÉ

Les auteurs portent un regard sur l'œuvre du remarquable hygiéniste dont la renommée mondiale est le juste reflet de ses apports à la politique sanitaire mondiale de la fin du XIXème siècle. Les épidémies de peste, de choléra et de fièvre jaune restaient de terribles dangers. Son rôle dans les différentes conférences sanitaires internationales de Vienne, Venise, Paris, Rome, Dresde etc. a fini par être déterminant, en montrant la nécessité de pourvoir aux insuffisances des Conseils sanitaires trop régionaux comme ceux de Constantinople ou d'Alexandrie. Fait significatif, en 1897 le départ de pèlerins pour La Mecque fut interdit, surtout en provenance des Indes. Adrien Proust marqua aussi de son empreinte la Conférence de Venise de 1897, recommandant de dynamiser les stations sanitaires du Moyen Orient. Son décret de police sanitaire maritime de 1896 visait à substituer aux mesures de prophylaxie prise à l'arrivée celles prises au point de départ. L'isolement en lazarets devenait ainsi tout à fait exceptionnel. Il veilla cependant à leur meilleur fonctionnement du fait de critiques émises à leur sujet. À Marseille et dans ses îles, en particulier en 1901, les lazarets montrèrent encore leur utilité !

SUMMARY

Adrien Proust, Marcel's father, was a remarkable specialist of hygiens. He felt very responsible for the fight against epidemics, and his part was decisive at the Venice conference in 1896. In Marseilles and nearby islands quarantines were sill useful afterwards, especially in 1901.

La peur de l'épidémie.

14 Mars 1897.

CAUSERIE DU FOYER

L'Épée de Damoclès

Aurons-nous la peste ? Les uns disent *oui*, les autres *non* ; comme toujours, c'est l'éternelle histoire d'Hippocrate et de Galien. D'ailleurs, il faut bien dire qu'ils y a autant de raisons pour que *contre*. Ce qui est certain, c'est que la peste, en France, même à Marseille, ne saurait causer, de nos jours, les sinistres dégâts qui faisaient redouter comme un fléau de Dieu, ce mal.

... « Que le ciel en sa fureur,
« Inventa pour punir les crimes de la terre. »

En effet, les principaux aliments de la peste, comme de toutes les épidémies graves, sont l'absence d'hygiène publique et privée, et, avant toute chose, la malpropreté et la famine. La dernière épidémie européenne de Vetlianka et l'épidémie actuelle de Bombay ne font pas exception à cette règle. La salubrité de nos cités modernes et l'aisance répandue dans toutes les classes de la société militent en faveur de l'extinction sur place du fléau dans notre pays, ou plutôt de sa non-extension.

Il est facile de déduire de ces prémisses la prophylaxie rationnelle de la peste. Elle consiste à fortifier l'être humain, à accroître la

COQUELICHE GRANDES MÉDAILLES D'OR.—EXPOSITION D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE
SIROP DE RUBECQ agréable, ne renferme aucun toxique.—Donné sans crainte aux pl
1 flacon : 4 francs ; 2 flacons : 7 francs. — PHARMACIE DERI

valeur du sang, ce milieu intérieur de l'animalité, comme le définissait Claude Bernard. Pour atteindre ce but harmonique, on aura recours aux reconstituants les plus usités de la matière médicale : les préparations iodotanniques et glycéro phosphates, qui s'adressent à la dépuratation cellulaire et à la substance nerveuse ; la coca et la kola qui accélèrent la nutrition générale et éloignent toute dépression organique ; le quinquina et le cacao, dont la valeur toni-nutritive, stomachique et analeptique n'est plus à démontrer. Ces divers produits, véhiculés par un vin naturel tonique et modérément alcoolique, nous représentent la composition du *Vin Désiles*, qui, une fois de plus, répond, par sa valeur thérapeutique, aux exigences sanitaires du moment. C'est fort beau de rechercher les spécifiques et de préparer des sérums antipesteux ; mais combien n'est-elle pas plus conforme aux éternelles notions de l'art de guérir, la doctrine qui consiste à fortifier la place et à la mettre en bon état de défense ?

D^r XENDRE.

Nos Lecteurs savent que le véritable *Vin Désiles* se reconnaît à ce qu'il porte sur l'étiquette, au-dessous du titre *VIN DÉSILES*, la mention : *Formule du D^r A. C., ex-médecin de la marine.*

L'illustré soleil du dimanche, 14 mars 1897, rubrique "Causerie du Foyer", la question de la peste en cours est posée par le titre : "L'épée de Damoclès". On voit bien que l'hygiène publique et privée est en première ligne pour la contrer. Le cas de Bombay en paraît une preuve par le manque absolu d'hygiène et ensuite on observe la dérive publicitaire sur le fait qu'il convient de renforcer les défenses de l'être humain ! D'où l'intérêt du "Vin Désiles" etc.

Antoine Barthélémy Clot-Bey

Un médecin marseillais fondateur de la médecine occidentale en Égypte *

par Henri RUF **

Introduction

Cette histoire d'un médecin marseillais (né à Grenoble) est remarquable ; elle se situe au XIX^{ème} siècle, période clé de l'ère des colonisations. Or, à l'inverse des colonisations guerrières par essence, du moins au début, c'est un médecin et ses collaborateurs qui vont réaliser une oeuvre humanitaire en modernisant la médecine et le système médico-social d'un pays d'Orient : l'Égypte. Elle avait été précédée en mai 1798 par la conquête par Bonaparte. Or, si Bonaparte avait entrepris cette expédition militaire et coloniale pour barrer la route des Indes à l'Angleterre, cet homme de génie avait amené avec lui des savants, ingénieurs et artistes. Malgré son échec, il avait jeté les bases de la modernisation de l'Égypte. Clot-Bey n'arrive en Égypte qu'en 1825. Mais il ne sera pas le seul Français à œuvrer pour la modernisation du pays. Il y aura de nombreux Français (les plus connus sont, bien sûr, Jean-François Champollion et Ferdinand de Lesseps, mais aussi Étienne Louis Gabaudan : cet ingénieur civil marseillais, successeur de Pascal Coste, fut l'ingénieur particulier du vice-roi) mais aussi des Italiens, des Allemands, tous vont participer à cette grande oeuvre humanitaire. Leur mission a été grandement facilitée par Muhammad Ali (ou Mehemet Ali) considéré à juste titre comme l'un des pères fondateurs de l'Égypte moderne (sans aucun doute le plus grand et le plus connu). L'oeuvre à accomplir le captivera entièrement. Aucune difficulté ne l'arrêtera. C'est la relation de ce parcours admirable en tous points qui va faire l'objet de cette étude. Cette carrière exceptionnelle a fait de Clot-Bey un homme célèbre.

L'enfance et l'adolescence d'Antoine Barthélémy Clot se déroulent dans des conditions modestes mais fort heureusement dans un milieu familial très soudé

Antoine Barthélémy Clot est né à Grenoble le 5 novembre 1793 ; il y passe son enfance, où son père, sergent-major des armées de la République puis de l'Empire, résidait quand il n'était pas en campagne en Italie. Celui-ci, miné par une maladie qui l'avait obligé à quitter l'armée, est dirigé sur le Midi pour tenter de rétablir sa santé chancelante.

* Séance de mai 2010.

** Association des amis du patrimoine médical, Hôpital Salvator, 249, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 09.

Il choisit le village de Brignoles pour y retrouver son ami Sappey. Ce chirurgien qu'il avait connu aux armées, mis à la retraite, était venu diriger un petit hôpital militaire pour les soldats allant ou revenant d'Italie. Clot père était sûr de trouver auprès de lui l'assistance nécessaire et les soins les plus dévoués. Antoine Barthélémy Clot avait 15 ans, en 1808, quand il arrive en Provence. Il avait simplement appris, de son père et de sa tante maternelle, à lire et à écrire.

En 1813, à l'âge de 20 ans, il vient tenter fortune à Marseille. Il est sans le sou ou presque (36 francs) et n'emporte que quelques hardes indispensables, sa mauvaise trousse contenant trois ou quatre lancettes et quelques livres sur la matière médicale. Mais pour Antoine Barthélémy Clot, "Marseille était mon principal objectif. C'est sur elle que je fondais mes espérances. Ma jeune imagination m'en représentait les ressources prodigieuses au point de vue qui était le mien".

À bout de ressources et payant d'audace, Clot frappe alors à la porte d'un des chirurgiens-barbiers de Marseille installé rue de la Reynarde. Cette confrérie, dont la Révolution n'avait pas aboli absolument tous les privilèges, restait encore assez fermée. Celui-ci, voyant cet apprenti intelligent, volontaire, et au savoir-faire passablement développé, le prend à son service et lui accorde la permission de fréquenter l'hôpital, en dehors de ses heures de travail et après avoir rasé les clients de son patron. Clot se plonge la nuit dans ses livres de médecine et, dans la journée, peut suivre, de temps en temps, les cours de l'hôtel-Dieu.

La carrière médicale de Clot se fait tout d'abord de manière très brillante

La carrière médicale de Clot commence le 5 décembre 1813 lorsqu'il est admis à l'hôtel-Dieu comme élève externe en chirurgie. Les seules conditions requises, d'après un règlement du 6 août 1813, étaient de savoir "raser, lire et écrire". Il suit, alors, l'enseignement du docteur Dunès et du docteur Cauvière. Le 30 janvier 1816, il est reçu élève interne en chirurgie. Il est désormais nourri et logé à l'hôpital même et se trouve pour toujours à l'abri du besoin, mais sans rétribution. Le 30 septembre 1817, il obtient le titre d'officier de santé. Ce grade, plus modeste que celui de docteur en médecine, avait été créé lors de la réorganisation de l'enseignement médical après la tourmente révolutionnaire. Ce titre modeste qu'ambitionnait Clot ne lui suffit plus. Le président de son jury, Monsieur Berthe, commissaire de l'École de Médecine de Montpellier, lui conseille de ne pas s'arrêter en si bon chemin et de venir plus tard soutenir sa thèse de doctorat en médecine à Montpellier. Cette décision oblige Clot à parfaire ses études littéraires et scientifiques pour préparer le baccalauréat auquel il est reçu à Aix le 2 mai 1819. Son courage indomptable lui permet de faire ces études supplémentaires, tout en continuant son service d'interne.

Le 24 juillet 1820, à l'âge de 27 ans, Clot soutient sa thèse intitulée *Recherches et observations pathologiques sur le spinitis ou inflammation de la moelle épinière, faites à l'hôtel-Dieu de Marseille* (6). Il est nommé, le 12 août 1820, docteur en médecine de Montpellier. Deux mois après, le 25 septembre 1820, Clot, alors premier interne en chirurgie, est nommé second chirurgien interne (à la place de Ducros, promu lui-même premier chirurgien interne).

Avant même son doctorat en médecine, Clot avait été nommé chef des travaux anatomiques de la jeune École secondaire de médecine de Marseille, fondée en 1818 (décret de 1807, application 1818). Elle n'avait pas encore de statut bien fixe et dépendait entièrement de l'administration de l'hôtel-Dieu.

Le temps des désillusions arrive : - “la roue de la fortune tourne”, la carrière hospitalière et universitaire de Clot est brutalement interrompue

C'est à cette période clef que va se déterminer l'arrêt de la brillante carrière destinée à Clot à l'École de Médecine et dans les hôpitaux. À cause de son caractère un peu entier, il est en butte aux persécutions de ses détracteurs et se voit obligé de quitter ses fonctions universitaires et hospitalières.

La coupe va déborder lorsqu'en décembre 1822 l'Administration décide de mettre au concours la place de chirurgien interne de l'hôtel-Dieu dont Clot était le second. Ulcéré, Clot considère que cette place de chirurgien chef interne lui revenait de droit “comme récompense promise à son zèle” et lui avait été promise, sans concours. Outré, il en fait une question personnelle et, sans doute, dans un mouvement de mauvaise humeur, il envoie au Conseil Général d'Administration des hôpitaux sa démission de chirurgien interne en second de l'hôtel-Dieu par lettre du 25 novembre 1822. Le 22 décembre 1822, sa démission est acceptée et, en représailles, le conseil l'invite à donner également sa démission de la place de chirurgien adjoint qu'il occupe à l'hôpital de la Charité.

Clot quitte les hôpitaux où il avait passé dix ans de sa belle jeunesse avec une immense peine. Il va avoir 30 ans. Cet homme, blessé dans son amour-propre, restera fidèle à Marseille toute sa vie. Clot, qui avait soutenu le 23 février 1823 sa thèse de docteur en chirurgie, à Montpellier, sur “Considérations sur les abus et les dangers dans la manœuvre instrumentale dans l'art des accouchements” s'installe, après sa démission 25, rue Coutellerie à Marseille où il ouvre un cabinet. Sa renommée est grande et les malades affluent à ses consultations, mais sa nouvelle situation ne le satisfait pas pleinement. Sa vie va se trouver complètement bouleversée par l'arrivée à Marseille de Monsieur Tourneau, sujet français au service de Mehemet Ali, vice-roi d'Égypte. Celui-ci vient, dans notre ville, recruter des officiers instructeurs et des médecins pour l'armée au nom du vice-roi. Celui-ci s'adresse au professeur Cauvière qui a pour Clot estime et amitié ; Cauvière le recommande chaudement à Tourneau, vantant sa grande compétence, son caractère énergique et donc son aptitude à mener à bien une telle œuvre. Les hésitations de Clot ne durent pas longtemps.

La grande aventure égyptienne commence le 21 janvier 1825

Clot l'a préparée à Marseille avec Tourneau. Il a un plan de réorganisation du service médical qu'il soumettra au vice-Roi. Il obtient de garder sa religion catholique et d'être à la fois médecin et chirurgien en chef de l'armée égyptienne. Ses appointements seront de mille cinq cent vingt-quatre talaris (soit huit mille francs). Il contracte un engagement de cinq ans. Une vingtaine de jeunes médecins marseillais tentés par cette aventure acceptent de partir avec lui. Ayant eu connaissance de l'état sanitaire de l'Égypte, il emporte avec lui de nombreux instruments de chirurgie, des caisses remplies de livres médicaux et même un squelette humain “préparé par des forçats attachés à l'hôpital de la Marine à Toulon”. Il embarque le 21 janvier 1825 sur le Brick *La Bonne Émilie*.

De fait, en débarquant à Alexandrie le 8 mars 1825, Clot trouva une médecine et surtout une chirurgie égyptiennes dont les pratiques demeuraient celles des médecins arabes du Moyen Âge ; les techniques de médecine opératoire développées en France depuis Desault étaient inconnues ; les plaies de guerre et les fractures ouvertes étaient enduites de goudron. Sa première tâche fut de convaincre Méhemet Ali de tout ce qu'il voulait faire et d'abord doter le pays de professionnels de santé ayant une autre instruction que celle des rebouteux de village.

Clot va s'attaquer à trois castes distinctes : les chirurgiens-barbiers (les Djerrah), les Akim et les matrones. "Une œuvre de novateur" va entièrement être réalisée par Clot pendant son premier séjour en Égypte (de 1825 à 1849). Lors de son second séjour (de 1854 à 1858), il lui faudra reconstruire et rénover ce qu'il avait si bien structuré pendant son premier séjour et qu'on avait si facilement abandonné par incurie pendant 5 ans, mais sa tâche sera alors facilitée grâce aux Égyptiens dont la formation avait été assurée lors de son premier séjour. Clot va pouvoir créer en Égypte non seulement des structures médicales à l'image de l'Europe évoluée mais en même temps des structures sociales. Il en sera à la fois l'organisateur, l'administrateur et l'instructeur.

Le Conseil de santé

Clot obtint dès son arrivée la création d'un Conseil de santé. Ce comité exécutif, dont il est le vice-président, (il en confie habilement la présidence à l'Arménien Bossarian, premier médecin du Vice-roi depuis la mort du Gênois Mendrici) est apte à statuer, à mettre en place les bases nouvelles du système médical égyptien. Ses attributions sont très étendues : il devra tout régler (administration, personnel médical, matériel). Il faut voir à quelles minuties de détails s'attache Clot dans la rédaction de ces textes.

Le Service de santé militaire

Il s'attache tout d'abord, et c'est la raison de sa venue en Égypte, à la création et à l'organisation du Service de santé militaire. Mehemet Ali avait pris la décision de créer une armée régulière égyptienne et un corps d'instruction avait été installé à Assouan, puis à Kanka. Clot prend, dans ce camp, ses fonctions de médecin et chirurgien en chef de l'armée

Réorganisation du Service de santé civil

Clot décide de suivre, pour le service civil, le même système qui avait présidé à l'installation du service militaire, les mêmes règlements et les mêmes mesures concernant le matériel. L'originalité de la conception de Clot est de ne former qu'un seul type d'officiers de santé pour l'armée, la marine et le service civil. Ils sont soumis à la même discipline et à la même hiérarchie ; ils reçoivent le même traitement à grade égal et peuvent passer d'un service à l'autre suivant les besoins. La direction des deux services, militaire et civil, est confiée à un conseil général de santé. Ces décisions sont justes et dictées par un souci d'économie et de simplicité.

La création de l'École de médecine, malgré l'accord de Mehemet Ali, va avoir à faire face aux anciens tenants du pouvoir médical et aux tabous religieux s'opposant à l'étude indispensable de l'anatomie sur le cadavre. Clot est nommé directeur de cette école, fondée en 1827 à l'hôpital d'Abou-Zabel.

Il va rencontrer des difficultés dans le recrutement des élèves, la langue d'enseignement, le manque de personnel enseignant et l'absence de matériel, mais surtout dans l'opposition religieuse aux études anatomiques.

Les élèves vont être recrutés parmi les étudiants en théologie qui sont, les seuls, à posséder des connaissances solides. On va en recruter, au début, cent par an. Le gouvernement assure leur entretien et leurs besoins. L'organisation est calquée sur celle des écoles européennes ; mais les élèves sont soumis à un système collégial et à une discipline sévère.

Il apparaît très vite à Clot qu'il est nécessaire de transmettre le savoir médical aux élèves dans leur propre langue. En attendant la formation des futurs professeurs égyptiens, les médecins européens, français pour la plupart, vont enseigner. Cet enseignement pourra être transmis sur-le-champ en égyptien grâce à des traducteurs.

À la fin de leurs études, ils prêteront un serment copié sur celui de l'école de Montpellier avec des modifications commandées par la religion et les circonstances locales. "Je jure, au nom du Dieu très haut et de son sublime prophète Mahomet, dont Dieu grandisse la gloire, je jure sur le seul livre du Coran, et en présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et de l'effigie d'Hippocrate... etc".

Bientôt, les premiers médecins, ainsi formés, sont incorporés dans l'armée où l'on apprécie vite leur valeur et les services rendus à tous.

Une épidémie de choléra éclate. Clot se dépense sans compter au chevet des cholériques. Le vice-roi lui confère en 1831 le grade de Bey. Cette distinction, qui correspond au grade de colonel, n'avait jusqu'alors été accordée qu'à des musulmans ou à des chrétiens convertis à l'Islam.

La création de l'École de pharmacie n'a pu avoir lieu qu'en 1828. Destinée à former des pharmaciens militaires dans un premier temps, elle est installée près de la pharmacie centrale, établie à la citadelle du Caire. Clot est partisan du rapprochement des écoles de médecine et de pharmacie et obtient en 1830 la translation de l'école de pharmacie à Abou-Zabel pour des raisons d'économie et au vu des rapports mutuels des deux matières. L'organisation est calquée sur celle de l'école militaire.

Clot aurait voulu réunir aux écoles de médecine et de pharmacie l'école vétérinaire créée en 1828 et dirigée par Hamont, de l'école d'Alfort. Celui-ci s'y est toujours opposé et l'école restera indépendante.

En 1832, Clot est envoyé en mission en France et amène avec lui une douzaine de ses meilleurs élèves connaissant le français. Dès son arrivée à Paris il s'adresse à l'Académie de médecine qui veut bien s'ériger en jury extraordinaire d'examen pour apprécier les connaissances qui leur ont été données à Abou-Zabel. Desgenettes, Larrey, Dupuytren, Magendie et Orfila sont enchantés de la précision des réponses. Clot est, alors, nommé à l'unanimité membre associé étranger de l'Académie.

La création d'une École de sages-femmes a mis plus longtemps à se réaliser. Clot-Bey, pour arriver à ses fins, va faire preuve de diplomatie et de patience et va réussir à contourner tous les obstacles. La religion interdit aux femmes musulmanes de s'instruire ; elles doivent vivre au foyer. Ce code rétrograde est reparu, ces dernières années, dans les pays à direction islamique. Il a donc l'idée de former des sages-femmes parmi des esclaves, noires et abyssiniennes. Une fois instruites, elles pourront, elles-mêmes, enseigner l'obstétrique à des élèves musulmanes. Rifa al Tahtawi s'étonne de la présence d'esclaves abyssines dans cette école, mais les projets de l'instruction publique se heurtent aux préjugés du traditionalisme. La première école officielle pour jeunes filles ne sera fondée qu'en 1873.

Dès 1832, Clot-Bey quitte la direction de l'École de médecine d'Abou-Zabel. Il est nommé président du Conseil de santé et inspecteur général du service médical. Il continuera à s'intéresser à l'école de médecine et à celle des sages-femmes, en particulier lors de leur transfert au Caire à l'hôpital Kasr-el-Aini en 1837.

L'éloignement du Caire est perçu, alors, comme un isolement néfaste au développement d'une grande école, d'autant plus que l'armée égyptienne va abandonner le camp de Kanka. Clot-Bey aurait, lui, préféré le transfert à Alexandrie pour perpétuer de nouveau la grande école de médecine de cette ville dont la renommée avait débordé le cadre de la Méditerranée antique.

Le grand intérêt que voit Clot-Bey au transfert des diverses écoles au Caire est de pouvoir occuper, avec l'accord de Mehemet Ali, l'ancien local occupé par l'hôpital mili-

taire et d'en faire un hospice civil. Dans des locaux remis à neuf, celui-ci ouvre ses portes en 1837. Ce nouvel hôpital de l'Esbékié va comporter un hôpital de femmes et une maternité annexée à l'école de sages-femmes attenante. Les musulmanes ne craignent plus de venir accoucher dans la maternité. Les femmes égyptiennes ont alors plein accès à la médecine.

Un hôpital de fous va être fondé par Clot-Bey dans le cadre de ce nouvel hôpital. "Il y avait, écrit-il, au centre du Caire un asile consacré aux indigents et aux aliénés des deux sexes. Je veux parler du Moristan qui comptait six siècles d'existence. C'était un cloaque immonde où l'on conçoit à peine que les malheureux qu'il recevait pussent même prolonger une pénible existence ; les aliénés y étaient enchaînés dans d'étroites huttes en pierres. Cet état tout déplorable qu'il était alors, n'avait fait qu'empirer de nos jours". Il va transférer ces "insensés" dans le nouvel hôpital, leur donner une vie décente en supprimant, à l'exemple de Pinel, les chaînes qui les tenaient séquestrés et leur assurer un gîte et un couvert plus convenables ainsi que des soins plus assidus. Clot Bey avait réalisé cette révolution avant Marseille. Car Aubanel, qui était venu s'établir à Marseille en 1840, est nommé alors médecin des hospices de Saint-Lazare et de Saint-Joseph où se trouvaient les aliénés. Il supprime alors les cachots, les menottes, les entraves de fer et fait construire un véritable asile (celui de Saint-Pierre) où en 1844, il fait transférer 400 aliénés. Clot-Bey réalise là une œuvre d'avant-garde, car, il y a moins de dix ans, des malades mentaux étaient encore enchaînés dans l'hôpital principal d'une grande capitale d'un état africain.

Réorganisation de la lutte contre les fléaux

Clot-Bey, depuis sa nomination à une direction totale de la santé, va ainsi pouvoir, grâce à l'appui de Mehemet Ali, s'astreindre à une réorganisation de l'ensemble des problèmes de santé de l'Égypte. Il va aussi s'attaquer à la réorganisation complète de la lutte contre les fléaux qui déciment l'Égypte.

Il s'attaque d'abord à la variole. Il va imposer cette tâche prioritaire lors de la création du Conseil de Santé. "Aux yeux de la commission de santé, qui venait d'être constituée, la petite vérole apparut comme une plaie effroyable de l'Égypte moderne, contre laquelle il fallait agir avec vigueur" (Clot-Bey). S'inspirant des règlements du service médical militaire français, il va généraliser la vaccination antivariolique à toute l'armée égyptienne, puis très rapidement à toute la population.

Les rapides succès obtenus au niveau de l'armée vont permettre l'extension de celle-ci à toute la population. Pour lutter contre toutes les réserves enregistrées et le nombre insuffisant de vaccinateurs, il va devoir se battre mais aussi convaincre ; on ne le décourage pas facilement. Il va créer un comité de vaccine, présenter un plan d'organisation et utiliser l'influence des chefs religieux pour persuader la population de l'innocuité et des bienfaits de la mesure. Il met en place des registres de vaccination, régulièrement visés par les autorités et va utiliser les barbiers (les Djérah) qui sont alors les vrais médecins du peuple, comme vaccinateurs, ceux-ci sont payés pour chaque acte exécuté. Aucun village n'échappe à la prévention. Les arrivants en Égypte, esclaves ou nomades, seront vaccinés pour empêcher l'introduction de nouvelles épidémies de variole. Rien ne manque à ce plan d'ensemble. Les nouvelles sages-femmes seront appelées à vacciner les Égyptiennes. Il n'oublie pas l'approvisionnement et la conservation du vaccin. La lutte contre les diverses sortes d'ophtalmie va aussi être entreprise. La lutte contre la peste va l'occuper lors des épidémies ; elle va lui permettre de développer sa théorie de la non-contagiosité de la peste en se faisant inoculer le pus d'un bubon pesteux. Lors

d'une épidémie de peste, Mehemet Ali le nommera au grade de général de brigade (miri-loua) dans un firman en 1839 : "je te fais général pour t'être vaillamment conduit dans la bataille qui a duré sept mois". Cette bataille, c'était la peste.

Travaillant maintenant à l'échelon national, il va s'attacher à l'organisation du service médico-hygiénique des provinces

Les trois buts à atteindre sont bien définis et les mesures prioritaires sont énumérées.

Le service hygiénique a pour but de détruire toutes les causes possibles d'insalubrité capables d'engendrer certaines maladies ou de favoriser leur développement.

Le service médical

- recense les maladies sporadiques et épidémiques mais aussi celles des animaux,
- s'occupe du traitement des malades à domicile et dans les offices sanitaires,
- organise l'examen des cadavres pour vérifier la cause du décès,
- enregistre les naissances,
- prend en charge les deux services déjà organisés (vaccinations et accouchement).

Le service quarantenaire

Les mesures hygiéniques ou quarantenaires sont exécutées par les agents du service sanitaire, en cas d'épidémie. Il adopte la même opinion sur le choléra morbus (épidémie développée entre l'Inde et l'Égypte).

Clot-Bey rentre en France en 1849

Clot-Bey mécontent de l'attitude du nouveau vice_roi rentre en France et arrive à Marseille le 10 juin 1849 : ce retour le rend amer. Malheureusement pour Clot_Bey, son protecteur Méhemet Ali, atteint de sénilité mentale, abdique en 1848. Son fils, Ibrahim Pacha, meurt après 40 jours de pouvoir. Clot écrit alors "sa mort fut un malheur irréparable pour l'Égypte et arrêta l'œuvre de régénération entreprise par son illustre et glorieux père". Lui succède alors Abbas-Pacha, petit-fils de Mehemet Ali et neveu d'Ibrahim Pacha. Il laisse périliter toutes les créations de son grand-père. Le nouveau vice-roi éloigne alors tous les Européens et particulièrement les Français. Il refuse de tenir les promesses faites à Clot-Bey par Mehemet Ali. Celui-ci demande alors sa retraite qui est réglée le 10 avril 1849. Il retourne alors à Marseille où il arrive le 10 juin 1849.

Avant de quitter l'Égypte, Clot-Bey avait établi un compte rendu de l'état de l'enseignement médical et du service de santé civil et militaire qu'il présenta au nouveau gouvernement égyptien en mars 1849. C'est le bilan de 24 ans d'activité en terre égyptienne.

Clot-Bey effectue un retour triomphal en Égypte le 6 novembre 1854

En juillet 1854, Abbas Pacha meurt et son neveu Saïd Pacha lui succède. Le professeur Ranzi, qui préside toujours aux destinées médicales de l'Égypte et qui n'a cessé de rendre hommage à l'action de Clot-Bey, lui propose de reprendre la direction de l'École de médecine. Toujours nostalgique de l'Orient, il accepte avec enthousiasme de retourner en Égypte où il arrive triomphalement le 6 novembre 1854. Nommé médecin en chef du vice-roi Saïd Pacha et inspecteur général du service de santé, il a de nouveau les pleins pouvoirs. Il ferme provisoirement l'école de médecine, frappée selon lui de stérilité, pour la rétablir sur de nouvelles bases. Celle-ci réouvrira le 10 septembre 1856 après les propositions concrètes formulées par lui-même et acceptées par Saïd Pacha.

L'Hôpital d'instruction forme, à la fois, les médecins et les pharmaciens nationaux. "Le système collégial est adopté comme présentant le plus de succès pour l'instruction. En conséquence, les élèves sont logés, nourris et habillés aux frais de l'état et soumis à la discipline des écoles militaires". Les élèves doivent étudier une langue européenne pour se tenir au courant des progrès de la science et former des traducteurs. C'est la langue française qui est enseignée parce qu'elle est la plus répandue.

À l'École de médecine du Caire l'année scolaire est divisée en deux semestres (du 1er octobre au 1er mars, du 1er mars au 1er octobre). Le mois de ramazan est consacré aux vacances. "Chaque leçon sera annoncée au son du tambour, dix minutes avant l'heure de la rentrée". Un appel nominal des élèves est fait à chaque cours. "Chaque leçon donnée par un professeur européen sera traduite d'avance et dictée aux élèves par les professeurs nationaux. Les leçons des professeurs nationaux seront également dictées avant la leçon". La durée de l'enseignement médical est de 5 ans, suivent les différentes matières enseignées en médecine et en pharmacie. Un officier comptable (Nazir) est chargé de la discipline. "Les élèves atteints de la gale ou de la syphilis devront assister à tous les cours ; il leur sera assignée une place séparée". "Le nazir veillera à ce que les élèves changent de chemise et de caleçon tous les vendredis en hiver, les vendredis et les mardis en été". "Les élèves seront tenus de se laver les mains, les pieds et la figure tous les matins ; les mains et la bouche après chaque repas". "Les élèves seront envoyés aux bains tous les 15 jours en hiver, toutes les semaines en été".

L'École d'accouchement est établie sur les mêmes bases que l'école de médecine du Caire.

L'École de sages-femmes a été créée pour deux raisons :

1) "En Égypte, comme dans tout l'Orient, des préjugés invincibles s'opposent à ce que des hommes soient appelés à pratiquer des accouchements, et même les praticiens rencontrent de tels obstacles quand il s'agit de traiter des femmes, qu'elles sont, en réalité, privées des bienfaits de l'art".

2) "La moitié de la population ne devait pas rester toujours livrée aux aveugles routines des plus ignorantes matrones".

L'instruction scientifique comporte non seulement l'étude des accouchements mais aussi les maladies des femmes et des enfants. Clot-Bey veut en faire "de véritables médecins pour leur sexe". Un hôpital de femmes est annexé au local où se font les leçons. Les élèves suivent les cliniques et font le service des malades, en même temps qu'elles reçoivent l'enseignement théorique. L'école sert à former des élèves sages-femmes pour la capitale et les régions. Elles doivent être des filles ou femmes non mariées, âgées de 10 ans au moins et de 15 ans au plus. La durée des études sera de 6 ans. Clot-Bey détaille, là aussi, successivement l'enseignement à faire, le personnel enseignant, les actes à exécuter par les élèves, le matériel d'enseignement, les examens.... Rien n'est oublié. Nous insisterons sur le registre de toutes les femmes qui entrent pour accoucher : tous les renseignements importants sont consignés (même sur l'évolution de la grossesse et les couches). La discipline y était stricte.

Le Service sanitaire des provinces restait déficitaire en nombre de médecins, malgré les efforts depuis 30 ans. Il y avait 145 médecins (soit 1 pour 30 000 habitants et 30 villages). Ce service doit comporter un service hygiénique, un service médical, un service quarantenaire (pour les maladies épidémiques ou contagieuses).

Le projet de règlement pour l'organisation du dépôt de mendicité établi au Caire représente une avancée sociale importante. "Ce dépôt donne asile aux indigents des deux

sexes, mais aussi a pour objet d'enlever tout prétexte à la paresse et au vagabondage en interdisant la mendicité dans la ville et à la campagne". Hommes, femmes et enfants sont séparés en 3 divisions. Les individus, capables d'un travail quelconque, devront être occupés 6 heures par jour. Le service de santé du dépôt sera fait par les médecins et chirurgiens de l'hôpital civil.

Retour définitif à Marseille en 1858

Miné par le climat et malade, Clot-Bey quitte définitivement l'Égypte en 1858.

Ce deuxième séjour sera bref. Il quittera l'Égypte en 1858, épuisé par la fatigue et le climat déprimant. Il se résigne à revenir à Marseille, après avoir été nommé Inspecteur Général honoraire du Service Médical. Il compte jouir d'une retraite paisible. Sa femme, qu'il avait épousée en 1840 lors d'un séjour marseillais et dont il eut trois enfants, meurt le 20 mai 1859. Il est élu le 24 mai 1860 et reçu le 5 août 1860 à l'Académie de Marseille. Clot-Bey avait fait à cette époque une donation déguisée au Musée du Parc Borély de la belle collection d'antiquités égyptiennes qu'il avait rapportée. Il n'avait demandé que le coût de son transport d'Égypte en Europe. Il en avait rédigé, lui même, le catalogue. Celui-ci fut révisé par Maspero en 1889. "Certaines séries, celle des enseignes sacrées par exemple, n'ont d'équivalents qu'au Louvre ou au British Museum". Cette collection installée dans les salons lambrissés du XVIIIème siècle du Château Borely a été transférée en février 1989 à la Vieille Charité.

Clot-Bey est frappé de plusieurs attaques successives qui gênent sa parole, assombrissent sa mémoire et rendent son caractère irritable. Il avait eu sa première paralysie en 1860 peu après sa réception à l'Académie de Marseille. Une dernière apoplexie l'emporte le 20 août 1868, à l'âge de 75 ans, dans sa bastide de Sainte-Marthe (traverse de Cade). Il est enterré au cimetière Saint-Pierre, de Marseille. Les qualités de Clot-Bey étaient grandes et ont guidé toute sa vie.

Ainsi se termine la vie passionnante et exaltante de Clot-Bey : on le compte parmi les grandes figures médicales du XIXème siècle. Il n'est, certes pas, l'auteur de découvertes qui auront marqué le siècle. Son activité médicale a été cependant très grande. Il était passionné par la médecine.

BIBLIOGRAPHIE

- BURROW Gérard N. - "Clot Bey : Founder of Western medical practice in Egypt", *The Yale Journal of Biology and Medicine* 48, 1975, p. 251-257.
- CLOT-BEY - Aperçu général sur l'Égypte (2 vol.), A. Barthélémy, Paris, 1840.
- *De la peste observée en Égypte - Recherches et considérations sur cette maladie*, Paris, Fortin, Masson et Cie, 1840, 1 vol. 436 p.
 - *Réorganisation du service médical civil et militaire d'Égypte en 1856, sous le gouvernement de S.A Saïd Pacha. Règlements*, Paris, impr. Thunot, 1862, 112 p.
 - *Introduction de la vaccination en Égypte en 1827. Organisation du service médico-hygiénique des provinces en 1840 : instruction et règlements relatifs à ces deux services*, Paris, imp. Mason, 1860, 12 p.

RÉSUMÉ

Clot-Bey a largement contribué au XIXème siècle à la modernisation de la médecine et du système médico-social de l'Égypte. Né à Grenoble en 1793, il accomplit à Marseille une carrière hospitalière et universitaire brillante. Suite à une campagne de calomnies, on le prive du poste de chirurgien-chef et il envoie en 1822 sa démission des hôpitaux et se fait recruter en Égypte. Il fonde en 1827 une École de médecine, en 1828 une École de pharmacie, en 1832 une École de sages-

HENRI RUF

femmes Pour sa conduite exemplaire lors d'une épidémie de choléra, le vice-roi lui confère le grade de Bey (colonel). Il généralise la vaccination anti-variolique, lutte contre la peste et organise le service médico- hygiénique des provinces. L'abdication de Mehemet Ali l'oblige à rentrer à Marseille le 10 juin 1849, mais il revient en Égypte en novembre 1854. Il la quitte définitivement en 1858 et meurt à Marseille à 75 ans.

SUMMARY

Born in Grenoble in 1793 Clot was first a doctor in Marseilles with great success and honour. But for unclear reasons he had to resign, and then decided to be recruited in Egypt, where he was soon called "Clot-Bey" (Bey = officer) : he contributed greatly to modernizing Egyptian medical system : he founded the School of medicine, that of pharmacy, and that of obstetrics, and promoted hygiene and variolisation. After Mehmet Ali abdicated he lost most of his influence, and left Egypt for ever in 1858.

Arthur Fallot (1850-1911) et la maladie bleue *

par Yves BAILLE **

Le nom du docteur Fallot est connu dans le monde entier. Ce médecin marseillais est célèbre pour avoir décrit avec précision la malformation cardiaque responsable de ce que l'on appelait alors la "maladie bleue". En 1888, il publie dans la revue locale, le *Marseille Médical*, une série d'articles intitulés : "Contribution à l'anatomo-pathologie de la maladie bleue (cyanose cardiaque)", dans lesquels il présente, entre autres, trois observations d'une maladie, rare et curieuse, dont il a suivi l'évolution clinique et fait l'autopsie. Cette découverte fondamentale dans l'histoire des cardiopathies congénitales cyanogènes resta longtemps méconnue, car uniquement publiée dans un journal médical à diffusion locale. Publiée en 1888, elle ne sera reconnue par la communauté médicale qu'en 1922 lorsque Laubry et Pezzi la citent dans leur traité. La description initiale des lésions anatomiques faite par Fallot est à la base des méthodes chirurgicales qui permirent, beaucoup plus tard, le traitement palliatif (anastomose de Taussig-Blalock), puis curatif de cette malformation. Les cardiologues et les chirurgiens cardiaques américains qui ont mis au point ces techniques n'ont pas manqué de souligner ce qu'ils devaient aux travaux d'Arthur Fallot. La postérité lui rendra hommage en donnant, à la maladie bleue, le nom de tétralogie de Fallot.

L'homme

Né dans une famille protestante à Sète le 20 septembre 1850, Étienne, Louis, Arthur Fallot fait une scolarité brillante, et obtient un prix au Concours général. Il prend ses inscriptions, non pas à la faculté de médecine de Montpellier, de grande renommée, mais à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille. C'est dans ce cadre modeste que se poursuivra la carrière d'Arthur Fallot. Externe des hôpitaux, il est reçu au concours de l'internat des hôpitaux de Marseille en 1871. À l'époque, Marseille n'est pas dotée d'une faculté de médecine et Arthur Fallot doit aller soutenir sa thèse, "Essai sur le pneumothorax", à Montpellier en 1876. Chef de clinique à l'hôtel-Dieu de Marseille, dans le service du professeur Jules Giraud, il est nommé, au concours, médecin des hôpitaux de Marseille en 1883, puis professeur à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Chargé du cours d'anatomopathologie, puis professeur d'hygiène et médecine légale, il sera titulaire de la chaire de médecine légale.

* Séance de mai 2010.

** Association des amis du patrimoine médical de Marseille, Hôpital Salvator, 249, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille, cedex 09.

Son activité clinique se partagera entre l'hôtel-Dieu et l'hôpital de l'Immaculée Conception. On retrouve son nom sur les registres de l'hôpital protestant Ambroise-Paré. Il ne paraît pas avoir été un grand clientéliste, alors même que ses qualités humaines et sa compétence sont reconnues par tous.

Pédagogue de qualité, sa rigueur dans l'examen clinique, la prudence et la justesse de ses diagnostics étaient des exemples et les internes se pressaient dans son service. Les visites des salles de malades étaient longues et minutieuses, et sa conscience professionnelle était louée par ses pairs et ses élèves. Adeptes de la méthode anatomo-clinique, il s'astreignait, chaque fois que c'était possible, à des vérifications anatomiques : c'est ainsi qu'après la visite, et lorsqu'il y avait eu un décès dans ses salles, il finissait la matinée en salle d'autopsie, procédant à l'examen systématique des organes. Esprit ouvert il se passionna pour l'anthropologie et la biologie débutante.

Sa droiture morale était remarquable et la présence de Fallot dans un jury était un gage d'honnêteté, car il menaçait de se retirer du jury, "avec avis motivé", si on essayait d'exercer des pressions en faveur d'un candidat. Homme paisible, il ne rechercha pas la gloire et, modeste, il ne proposa ses publications qu'au seul journal local, sans grande diffusion, *Marseille Médical*. Il présida le Comité médical des Bouches-du-Rhône et la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille.

À la fin de sa carrière hospitalière, Fallot, souffrant de diabète, se retira dans une solitude ascétique. Cet homme sage et pondéré éprouva alors "un grand découragement, une lassitude qui touchait presque à la désespérance", selon les termes de l'un de ses élèves. Il mourut en 1911 et selon sa volonté aucune notice nécrologique ne fut publiée. Arthur Fallot était un modeste.

La tétralogie de Fallot

C'est Nils Stensen qui le premier décrit la malformation anatomique en 1671. Sandifort rapporte un cas en 1777 et Hunter en 1783. Pultency et Duncan la décrivent également en 1785 et Peacock en 1858. Mais c'est Arthur Fallot qui le premier apporte une série anatomo-clinique avec explication anatomique, physiopathologique et clinique. Dans sa publication du *Marseille médical* de 1888, Arthur Fallot présente trois observations de cette maladie rare et curieuse dont le substrat anatomique ne correspondait pas à l'opinion généralement admise. Il s'agissait de trois hommes âgés de 19, 26 et 36 ans, entrés à l'hôpital en raison de divers troubles fonctionnels et d'une coloration cyanosée de la face et des extrémités.

Chez tous les trois, l'auscultation révélait un souffle systolique intense dont le maximum se situait sur la face antérieure gauche de la poitrine. Dans les trois cas la dyspnée avait augmenté rapidement. Chez l'un la cyanose allait en s'accroissant et le malade devint violacé, un autre avait fait une hémoptysie. Les trois patients sont décédés quelques semaines après leur entrée à l'hôpital. C'est après l'examen anatomique minutieux des pièces de ces trois cas que Fallot écrit son article qui passe inaperçu à l'époque, hors Marseille. Pour Fallot la maladie bleue est la conséquence d'un petit nombre de lésions cardiaques parfaitement définies. Cette malformation constitue une entité anatomo-clinique formée de quatre lésions complémentaires qui constituent une tétralogie. -un rétrécissement de l'artère pulmonaire ; -une communication inter-ventriculaire ; -une déviation à droite de l'origine de l'aorte ; -une hypertrophie concentrique du ventricule droit. C'est le rétrécissement de l'origine de l'artère pulmonaire qui entraîne la coloration bleue de ces malades, le sang bleu ne pouvant plus accéder librement au poumon pour s'oxy-

général, il passe à travers la communication interventriculaire et se mêle au sang issu du ventricule gauche.

Pour Fallot c'est la sténose pulmonaire qui est la lésion prévalente, les trois autres lésions sont secondaires et contingentes. "Il paraît bien plus logique et plus conforme aux lois de la physiologie de considérer toute la série des altérations cardiaques énumérées plus haut comme la conséquence du rétrécissement de l'artère pulmonaire". Fallot décrira également une autre malformation cardiaque cyanogène, avec toujours au centre de la malformation la sténose de la voie pulmonaire, mais avec septum interventriculaire intact, et persistance du trou de Botal, communication entre les oreillettes. On lui donnera le nom de trilogie de Fallot. La pentalogie de Fallot est une tétralogie associée à une communication inter-auriculaire

La controverse, la reconnaissance posthume et les conséquences thérapeutiques chirurgicales

Quant à la cause de ce rétrécissement de l'artère pulmonaire, Fallot estimait qu'il n'était pas compétent pour trancher entre troubles embryogénétiques et origine infectieuse. Mais il penchait pour l'origine infectieuse pendant la vie intra-utérine au niveau des sigmoïdes pulmonaires et de l'infundibulum. Réfutant la doctrine de "l'anomalie réversible" selon laquelle, en hommage aux idées darwiniennes de l'époque, les lésions observées n'étaient qu'un retour à la structure anatomique d'un "grand ancêtre" de l'homme dans la lignée animale, Fallot montre, en se basant sur le caractère inflammatoire du processus qui faisait adhérer les valvules de l'artère pulmonaire et sclérose, qu'il devait exister à l'origine de ces lésions un travail inflammatoire pendant la vie intra-utérine.

Fallot fut également critiqué sur l'intérêt que ses recherches pouvaient avoir puisqu'il n'y avait aucune conséquence thérapeutique. Précurseur, il se défendait en écrivant : "Personne sans doute n'objectera que l'exactitude du diagnostic ne comportant aucune conclusion thérapeutique, la question est d'ordre purement théorique et spéculatif ; rien de ce qui touche à un problème clinique, qu'exceptionnels que soient les cas où il se pose, ne saurait être considéré comme chose dépourvue d'intérêt et dénué d'importance".

Fallot reste modeste et silencieux, insensible à la contradiction comme à l'oubli du résultat de ses recherches. La découverte majeure de Fallot est simplement citée dans le traité de médecine de Brouardel et Gilbert en 1899. Il faut attendre 1922 pour que Laubry et Pezzi dans leur magistral traité sur les cardiopathies congénitales rendent pleinement justice à Arthur Fallot. Curieusement Charles Laubry, dans l'article qu'il rédige dans *l'Histoire générale de la médecine, de la pharmacie et de l'art dentaire et vétérinaire* sous la direction de Laignel Lavastine, attribue à Fallot la paternité d'un *Traité des maladies congénitales* qu'il n'a, à notre connaissance, jamais écrit.

C'est à partir de la description précise des lésions responsables de la maladie bleue, la tétralogie de Fallot, que les chirurgiens et cardiologues américains, 60 ans plus tard, vont proposer le traitement chirurgical de cette malformation cyanogène, sans oublier de rendre hommage à Fallot. En 1945, Helen Taussig, cardiologue américaine, prenant en compte l'analyse de Fallot qui fait de la sténose pulmonaire la lésion prévalente, imagine de contourner cette sténose en anastomosant l'artère sous-clavière à l'artère pulmonaire, ramenant ainsi vers le poumon une partie du sang que la sténose pulmonaire empêchait d'atteindre. Sur les conseils d'Helen Taussig, Alfred Blalock, jeune chirurgien réalise avec succès, sur un enfant de 15 mois, la première opération palliative de la tétralogie de

Falot qui restera dans l'histoire sous le nom d'opération de Blalock. Il faudra attendre 10 ans pour que la cure complète des lésions devienne possible, avec levée de la sténose pulmonaire et fermeture de la communication inter-ventriculaire avec mise en place d'un patch. En 1955 W. Lillehei effectuée sous circulation croisée la première cure complète avec succès d'un cas de tétralogie de Falot. Quelques années plus tard, la circulation extracorporelle ayant été mise au point, John Kirklin et DC Mc Goon réalisent une série de cure complète de la tétralogie de Falot. La cure complète de cette malformation, qui dans les années cinquante avait un caractère "héroïque", est maintenant entrée dans la routine des services de chirurgie cardiaque.

Arthur Falot était en avance sur son temps et de caractère modeste ; il ne connut pas de son vivant la gloire que lui vaudra son importante découverte.

BIBLIOGRAPHIE

- BLALOCK A. and TAUSSIG H. - *The surgical treatments of malformations of the heart in which there is pulmonary stenosis or pulmonaria atresia*. J.A.M.A, 128-189, 1945.
- COOLEY Denton and H.R SMITH. - *Surgical treatment of congenital heart disease*. Lea and Febiger Philadelphia, 1966, 121-141.
- Arthur FALLOT - *Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie bleue (cyanose cardiaque)*. Marseille médical, 25-77 ; 107 ; 138 ; 270 ; 341 ; 403. 1888.
- JOUBE André et Yves BAILLE - Le docteur Arthur Falot, in *Vingt six siècles de médecine à Marseille*. Ed Jeanne Laffitte, Marseille, 215-219, 1996.
- HURST J. W - *The Heart, arteries and veins*. MacGraw-Hill book company, New York, 1978.
- LAIGNEL LAVASTINE M. - *Histoire générale de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*. "Histoire de la cardiologie", Ch. Laubry et Ed. Donzelot, Albin Michel, T3, 1936.
- LILLEHEI C. W. and al. - Direct vision intracardiac surgical correction of the tetralogy of Falot, pentalogy of Falot and pulmonary atresia defects. *Ann. Surg.* 142-418, 1955.
- MATTÉI Charles - Savoir et humilité à l'école de médecine de Marseille. *Revue Marseille* N°65, 17-28, 1968.
- PEACOCK T.B. - *On malformations of the human heart*. London, Churchil, 33, 1866.

RÉSUMÉ

Arthur Falot (1850-1911) a fait la description princeps d'une malformation cardiaque dite alors "maladie bleue". Mais il publia sa découverte dans le seul *Marseille Médical*, et sa découverte resta méconnue. Aujourd'hui les cardiologues savent ce qu'ils lui doivent et parlent plutôt de "tétralogie de Falot".

SUMMARY

Arthur Falot (1850-1911) described for the first time the so-called "maladie bleue", or "blue disease". His discovery was published in *Marseille Médical*, and therefore remained little known. Present cardiologists know what they owe him and therefore call "tetralogy of Falot" this congenital heart condition.

De l'anencéphalie au mythe des hommes sans tête *

par André STAHL et Pierre TOURAME **

La mythologie des Grecs et des Romains est riche en monstres, centaures, géants, cyclopes..., dont la réalité n'était pas mise en doute. Pline l'Ancien (23-79) décrit, dans son *Histoire naturelle*, des peuples formés d'êtres étranges, qui vivaient aux confins du monde connu, du côté de l'Éthiopie ou de l'Inde : cynocéphales, sciapodes pourvus d'un seul pied de grande taille (qui leur permettait de se faire de l'ombre), hommes aux oreilles géantes, hommes dépourvus de cou dont la face est incorporée à la poitrine et qui sont souvent désignés par le terme d'acéphales. La description de Pline reprend celles d'Hérodote (484-425 avant J.-C.), de Ctésias (V^eme siècle avant J.-C.), de Mégasthènes (III^eme siècle avant J.-C.). Leurs descriptions, ainsi que celle de Pline, n'ont pas été illustrées à leur époque. Il en est de même pour Isidore de Séville (vers 560-636) qui, dans ses *Etymologiae*, reprend les descriptions de Pline. Le texte d'Isidore se retrouve dans l'encyclopédie *De Universo* de Rabanus Maurus (780-856) dont seules des copies tardives sont enrichies de figures. Ce n'est qu'à partir du X^eme siècle que des manuscrits, dont de rares exemplaires nous sont parvenus, en donnent une illustration qui, avec le temps, va devenir impressionnante par son abondance et sa qualité. Comme l'a montré Annie Bitbol, les descriptions illustrées de monstres abondent à partir de la Renaissance, dans l'œuvre de S. Münster (1489-1552), P. Boaistuau (1500-1566), C. Lycosthènes (1518-1561), J. Rueff (1500-1558), U. Aldrovandi (1522-1605), J. Schenck (1530-1558) et son fils J.G. Schenck (?-1620), A. Paré (1510-1590) et F. Liceti (1577-1656). Des êtres fabuleux sont également décrits dans les récits de voyages de Marco Polo (1254-1324) et de Jean de Mondeville (?-1372).

Les relations entre les monstres des légendes et les observations de la tératologie humaine ont été évoquées surtout par des médecins et des biologistes. Dans son *Essai de tératogénie expérimentale*, C. Dareste (1891) admettait cette possibilité. Pour F. Regnault (1913), des formes de monstres ont été tirées de modèles tératologiques copiés plus ou moins exactement. Il écrit qu' "il n'existe point d'images de monstres purement imaginaires, c'est-à-dire chez lesquelles on ne retrouverait aucun souvenir de formes réelles". E. Wolff (1948) ne l'excluait pas. M. J. Wolff-Quenot (1996) a souligné que "derrière chaque création imaginaire se cache une parcelle de réalité". Les rapprochements qu'on

* Séance de mai 2010.

** Espace Éthique Méditerranéen, Hôpital de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille Cedex 5.

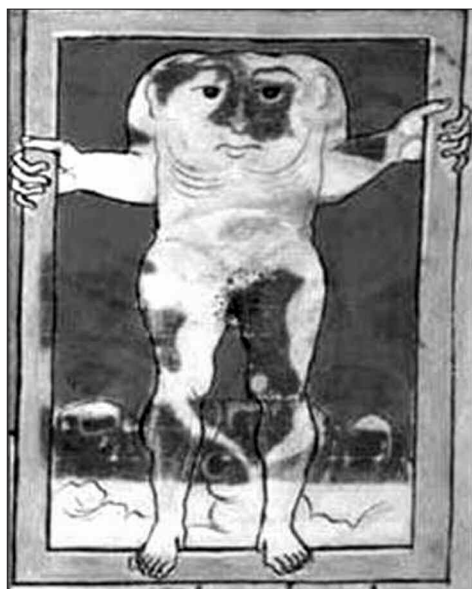


Fig. 1 : Acéphale (*Blemmye*). *Marvels of the East*, *manuscrit Tiberius*, première moitié du XI^{ème} siècle. (British Library)

trouve dans l'œuvre de J.-L. Fischer (1991) paraissent probants, en particulier pour la sirénomélie. Cependant, ce point de vue à été soumis à une critique dubitative, dont les arguments ont été développés par G. Lascault (2004).

Nous avons repris l'étude du faisceau de présomptions qui permettent d'expliquer par les observations tératologiques la genèse des hommes sans tête, dont les yeux et la bouche sont incorporés à la poitrine. Pline donne le nom de *Blemmyae* à ces monstres acéphales : *Blemmyae traduntur capita abesse, ore et oculis pectora adfixis*. La figuration la plus ancienne, parmi celles qui nous sont parvenues, semble être celle qu'on trouve dans un manuscrit anglo-saxon du X^{ème} siècle, *Marvels of the East*, rédigé en vieil anglais et en latin. Il en subsiste trois exemplaires, dus au zèle des moines copistes dans les *scriptoria* des monastères. Deux d'entre eux sont à la British Library, le troisième à la Bodleian Library de l'Université

d'Oxford. Les trois manuscrits n'ont pas été réalisés à la même époque. Le plus ancien est le manuscrit *Vitellius*, qui date de la fin du X^{ème} siècle. Le manuscrit *Tiberius* a été réalisé dans la première moitié du XI^{ème} siècle.

Le manuscrit Bodley date de la période 1120-1140. Les monstres acéphales sont illustrés dans chacun des manuscrits, avec quelques différences dans leur aspect (A.S. Mittman, 2003). La figure 1 montre l'acéphale du manuscrit *Tiberius*, qui déborde curieusement le cadre du dessin. Agrippant les montants du cadre, il semble s'en extraire pour venir à la rencontre du lecteur. Le texte lui attribue une très grande taille : huit pieds.

Il est à noter qu'il est de sexe masculin. La face occupe la partie supérieure du thorax, ce qui la situe plus haut que dans des descriptions ultérieures.

J.-L. Fischer (1991) mentionne un manuscrit du XIII^{ème} siècle où des acéphales sont figurés dans le *Roman d'Alexandre*, prêts à combattre. Dans une illustration des *Voyages* de Jean de Mondeville, qui datent de 1356, des blemmyes sont représentés, ayant parfois le visage dans le dos (Fig. 2).



Fig. 2 : *Blemmyes*. (Illustration des *Voyages* de Jean de Mondeville (1356))

On les retrouve dans une planche de la *Chronique du Monde* de Hartmann Schedel (1493), où un acéphale tient une fleur dans sa main droite (Fig. 3).



Fig. 3 : Hartmann Schedel : Acéphale. (Blemmye)

Une très belle illustration figure dans la *Cosmographie universelle* de Sebastian Münster, imprimée à Bâle en 1544 (Fig. 4). Elle reprend pour l'essentiel les descriptions de Schedel. Une représentation très soignée d'un



Fig. 4 : S. Münster : Acéphale.

acéphale se trouve, à côté d'un sciapode et d'un cyclope, dans le *Livre des Merveilles* de Marco Polo (non figuré). Lycosthènes confirme leur existence et représente un acéphale dans sa chronique des prodiges (*Prodigiorum ac ostentorum chronicon*, Bâle 1557). Il rapporte la naissance à Wittemberg, en 1525, d'un enfant sans tête (cité par J.-L. Fischer, 1991).

En 1585, Ambroise Paré publie le cas d'un monstre femelle sans tête, né l'an 1562, dont le dessin lui a été donné par Monsieur Hautin, "Docteur Régent en la Faculté de Médecine de Paris". La vue postérieure montre des yeux au

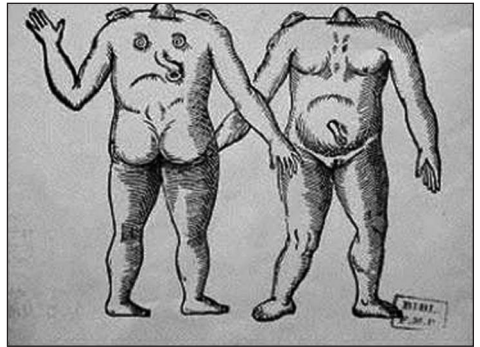


Fig. 5 : Paré : Figure d'un monstre femelle sans teste. La structure tubulaire visible dans le dos évoque un myéloméningocèle plutôt qu'un nez.

niveau du torse, des oreilles sur les épaules et une structure tubulaire qui pourrait être un myéloméningocèle (Fig. 5).

La description du monstre acéphale de Paré est reprise au XVIII^{ème} siècle par Liceti qui le représente plein de vie, apte à monter à cheval et à se servir d'une lance (Fig. 6). On le retrouve également dans le traité d'Aldrovandi qui le présente comme un "monstre acéphale".

En 1724, un jésuite explorateur de l'Amérique du Nord, le père Lafiteau, mentionne dans son livre sur les *Mœurs des sauvages américains comparées aux mœurs des premiers temps*, qu'un acéphale avait été tué par un Iroquois au Canada en 1721. Il admettait qu'il ne devait pas être le

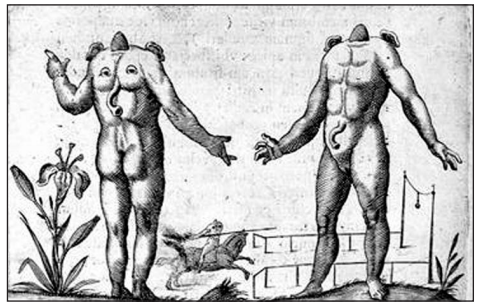


Fig. 6 : Liceti (De monstrorum natura) : monstre acéphale. Dans le bas de la gravure, on le voit à cheval, le dos avec ses yeux dans le sens de la course, maniant la lance.



Fig. 7a : *Sonneur de trompe dont la tête est située entre les épaules. Attribué au Maître de Cabestany, Monastir del Camp, à Passa*



Fig. 7b : *Anencéphale.*
(D'après N. Grootendorst, Utrecht)

seul dans cette région d'Amérique du Nord. Ce récit corroborait le témoignage d'un voyageur anglais, sir Walter Raleigh, qui prétendait avoir rencontré des acéphales en Guyane, en 1595. Mais Lafitau avait assez de sens critique pour penser qu'il ne peut exister d'hommes sans tête capables de vivre. Aussi admet-il que les "acéphales" ont une tête très enfoncée entre les épaules, peut-être à la suite d'une contrainte exercée sur la tête des enfants au berceau (J.-L. Fischer, 1991). C'est également l'explication proposée par John Bulwer (1606-1666), un médecin qui fut un précurseur dans l'élaboration de signes gestuels pour les sourds et muets. Ayant constaté que certaines populations modifiaient l'aspect de la tête et de la face chez les nouveau-nés, en utilisant divers artifices, il suggéra qu'on avait pu forcer la tête à s'enfoncer entre les épaules en exerçant une pression continue (R. Wittkower, 1942). Il est surprenant que des esprits éclairés aient cru à l'existence d'êtres aussi improbables, en ajoutant foi aux récits invérifiables de voyageurs à l'imagination fertile ou doués d'une grande crédulité. L'abondance des témoignages, des descriptions accompagnées d'illustrations détaillées, conduit à rechercher une base téralogique à partir de laquelle la fable a pu s'édifier.

Un sculpteur anonyme de la seconde moitié du XII^{ème} siècle, nommé le Maître de Cabestany, a réalisé dans la pierre d'étonnants joueurs de trompe, au Monastir del Camp, à Passa (Pyrénées-Orientales). Leurs bras sont directement rattachés à la tête, à la place des oreilles, ce qui a pour effet apparent d'incorporer la face au torse, réalisant ainsi l'aspect typique d'un Blemmye. La comparaison de cet aspect avec celui d'un anencéphale fait ressortir une ressemblance étonnante (Fig. 7 a et b). Il est tentant de penser que l'observation de nouveau-nés anencéphales se trouve à l'origine de la légende des hommes sans tête.

L'anencéphalie était connue dans l'Antiquité, mais elle a été pendant longtemps confondue avec l'acéphalie. Ctésias, médecin grec attaché pendant 17 ans au Grand Roi de Perse, Artaxerxès II Mnémon, a été le premier à décrire l'accouchement d'un enfant sans tête par Roxane, épouse de Cambyse, en 426 avant J.-C. (P. Charon, 2005). V. Dasen et A. M. Leroi (2005) ont

analysé la description d'une momie égyptienne, considérée comme un singe, qui avait été remise par J. Passalacqua, un archéologue, à Étienne Geoffroy Saint-Hilaire et que ce dernier présenta le 9 janvier 1826 à l'Académie royale des sciences de Paris. Elle avait été trouvée dans une nécropole de cynocéphales à Hermopolis. Il s'agit, comme le souli-

gnent les auteurs, d'un des plus anciens témoignages paléopathologiques de nouveau-né mal formé. Ce fœtus humain qui avait été momifié en position accroupie présentait une anencéphalie. Il portait dans ses bandelettes une amulette en forme de babouin également accroupi.

Dans une note, Étienne Geoffroy Saint-Hilaire (1826) s'exprime au sujet des femmes qui, selon les auteurs de l'Antiquité (Ctésias, Tite-Live, Valère Maxime), accouchaient d'êtres dont la tête avait une forme bizarre et donnaient lieu à de sinistres présages. Il suggère que ce sont "des monstruosité humaines des genres (qu'il a) déterminés sous les noms d'anencéphales et de rhinencéphales".

P. Charon (2005) indique qu'il faut attendre la fin du XVII^{ème} siècle pour lire les premières observations d'anencéphalie, succinctes chez Theodor Kerkring (1670), plus détaillées chez Littré (1701), puis chez Fauvel (1711), Méry (1712), Wepfer (1727) et Sue (1746). Les premières observations détaillées sont celles de Morgagni en 1742 et 1746. Une première classification des "acéphales" est due à Gall (1810-1819), qui les subdivise en incomplets et complets. Le terme d'anencéphalie ne sera utilisé que par Chaussier en 1812, puis par Béclard (1815, 1817).

Cette malformation congénitale a une prévalence comprise entre 1 cas pour 1 000 et 1 cas pour 2 000, avec des variations géographiques attribuables à des patrimoines génétiques différents selon les populations, ainsi qu'à des facteurs liés à l'alimentation pouvant comporter un déficit en acide folique. La plupart des cas sont morts-nés, mais certains anencéphales ont survécu quelques heures ou quelque jours. Les descriptions de nouveau-nés anencéphales mentionnent l'absence de cou, ce qui a pour effet de fusionner la face et la poitrine en une structure unique et continue. On comprend que cet aspect ait pu suggérer l'existence d'êtres dont la face est incorporée au tronc.

Chez les anencéphales, le front à peine développé est fuyant en bas et en arrière. Sur toutes les représentations des Blemmyes, le front est inexistant. Il est très réduit sur le sonneur de trompes du Maître de Cabestany. L'absence de front et l'absence de cou sont des particularités anatomiques communes aux Blemmyes et aux anencéphales, ce qui conforte l'idée que l'être fantastique a trouvé son inspiration dans la réalité tératologique. Chez les anencéphales, les yeux sont globuleux, ce qui est également le cas chez le sonneur de trompe (voir la figure 7 a). L'ancienneté de cette malformation est démontrée par l'anencéphale d'Hermopolis. Des conditions alimentaires médiocres, fréquentes dans l'Antiquité, ont pu multiplier les occasions de l'observer. Ainsi, l'aspect saisissant de l'anencéphale a pu, l'imagination aidant, inspirer le mythe des hommes sans tête.

BIBLIOGRAPHIE

- BITBOL-HESPÉRIÈS A. - *Les monstres de la Renaissance à l'âge classique*. Livre-exposition virtuelle de la BIUM, Paris 2003.
- CHARON P. - "Tératologie du tube neural : histoire et paléopathologie", *Antropo*, 10, 83-101, 2005.
- DARESTE C. - *Recherches sur la production artificielle de monstruosité, ou essais de tératogénie expérimentale*. Reinwald, Paris, 1891.
- DASEN V. et LEROI A. M. - "Homme ou bête ? Le dieu caché de l'anencéphale d'Hermopolis", in *Le "monstre" humain, imaginaire et société*, sous la direction de R. Bertrand et A. Carol, Publications de l'Université de Provence, 2005, p. 21-44.
- FISCHER J.-L. - *Monstres. Histoire du corps et de ses défauts*, Éd. Syros-Alternatives, Paris, 1991.
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE É. - "Description d'un monstre humain né avant l'ère chrétienne et considérations sur le caractère des monstres dits Anencéphales", *Annales de sciences naturelles*, 7, 1826, p. 357-381.

- GEOFFROY SAINT-HILAIRE É. - "Note sur un monstre humain (anencéphale) trouvé dans les ruines de Thèbes en Egypte par M. Passalacqua", *Arch. génér. de médecine*, 10, 1826, p. 124-126.
- LASCAULT G. - *Le monstre dans l'art occidental*, Paris, Klincksieck, 2004.
- MITTMAN A.S. - *Headless men and hungry monsters*, The Sarum Seminar. Stanford University Alumni Centre, March 2003.
- PARÉ A. - *Œuvres*. Cinquième édition. XXXVème livre : Des monstres et prodiges. Chez la veuve Gabriel Buon, Paris 1598.
- REGNAULT F. - "Les monstres dans l'ethnographie et l'art", *Bulletins et mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 4, 1913, p. 400-411.
- WITTKOWER R. - "Marvels of the East. A study in the History of Monsters", *Journal of the Warburg and Courtauld Institutes*, 5, 1942, p. 159-197.
- WOLFF É. - *La science des monstres*, Paris, Gallimard, 1948.
- WOLFF-QUENOT M.J. - *Des monstres aux mythes*, Paris, Guy Trédaniel, 1996.
- Nous ajoutons à cette bibliographie le livre de CHARLIER Ph. - *Les monstres humains dans l'Antiquité : analyse paléopathologique*, Paris, Fayard, 2008. Et l'article de CHARON P. - "Étienne Geoffroy Saint-Hilaire et l'anencéphalie", *Histoire des sciences médicales*, 2004, XXXVIII, 3, 2004, p. 365-383. NDLR.

RÉSUMÉ

Parmi les êtres fantastiques des légendes de l'Antiquité, les hommes sans tête ou acéphales occupent une bonne place. C'est à partir de la fin du Moyen Âge qu'ils sont représentés dans des manuscrits sous la forme d'hommes dont les yeux, le nez et la bouche sont situés sur la poitrine. Leur figuration est abondante dans les encyclopédies rédigées par des savants et des médecins pendant la Renaissance, et jusqu'au XVIIIème siècle. En comparant leur représentation avec l'aspect d'un nouveau-né anencéphale, les similitudes paraissent évidentes. Les particularités anatomiques communes aux Blemmyes et aux anencéphales conduisent à penser que l'être fantastique des légendes a pu être inspiré par l'observation d'un fait tératologique.

SUMMARY

Among ancient fanciful creatures, men without a head have often been represented since the end of the Middle-ages, especially during the Renaissance and until the 18th century. They are probably inspired from new-born anencephalic infants.

Analyses d'ouvrages

Deux livres d'histoire de la psychiatrie éclairent deux grands noms de cette branche médicale, Cesare Lombroso (1835-1909) et Henry Ellenberger (1905-1993).

MONTALDO Silvano e TAPPERO Paolo edd. - *Il Museo di Antropologia criminale "Cesare Lombroso"*, UTET Torino, 2009, 325 p.

Cent ans après la mort de Cesare Lombroso (1835-1909), fondateur de l'anthropologie criminelle (*La medicina legale dell'alienazione*, 1873; *L'uomo criminale*, 1875 ; *L'uomo delinquente*, 1876); *La donna criminale*, 1895 ; *Il crimine, causa e rimedi*, 1899) son "Musée criminel", unique au monde, remanié et revu, a réouvert ses portes (Via Pietro Giuria 15, dans le Palazzo degli istituti anatomici, tel. 011 670 81 95), provoquant un grand intérêt dans le public mais aussi une forte opposition à ce que beaucoup considèrent comme une visualisation et une stigmatisation du malade mental dangereux sur sa "sale tête". Silvano Montaldo (professeur d'histoire contemporaine) et Paolo Tappero (professeur de médecine légale et directeur du Musée jusqu'en 2009), ont réalisé un catalogue remarquable, avec des spécialistes de différents horizons pour pouvoir couvrir des champs très divers : préparations anatomiques, cires, dessins, photographies, objets volés, instruments criminels, instruments de châtement (peu), objets artisanaux et artistiques, parfois de grande qualité, fabriqués à l'hôpital psychiatrique ou en prison. Certains d'ailleurs ont été présentés à l'exposition parisienne du Musée d'Orsay, *Crime et châtement*, en 2010.

Lombroso avait commencé sa collection vers 1859 et resta collectionneur toute sa vie, aidé de ses proches, de ses élèves italiens et étrangers, de ses admirateurs du monde entier. Son gendre, Mario Carrara, poursuivit la récolte jusqu'en 1932 : alors en effet ce fondateur de la médecine légale italienne fut l'un des rares universitaires à refuser de prêter le serment de fidélité au régime fasciste et fut chassé de l'université (bien avant donc les mesures antisémites). Son beau-père, juif lui-même, avait d'ailleurs publié en 1894 *L'antisemitismo e le scienze moderne* !

On ne connaît pas bien en France la générosité de ces deux grands noms, le beau-père et le gendre, en très bonne place dans la bourgeoisie turinoise, bien introduits aussi dans les prisons et dans les hôpitaux !, attentifs et critiques à l'égard de toute "déviance" (génie, folie, crime, politique), et qui espéraient faire progresser l'humanité en repérant très tôt les mauvais déviants, les futurs criminels. Ce catalogue est remarquable à tout point de vue.

Turin est la proie d'une sorte de "lombrosomania", et l'office de tourisme distribue même un dépliant pour une visite des lieux de la vie de Lombroso, *I luoghi di Cesare Lombroso. Le abitazioni, i luoghi di lavoro, le sedi del museo*. On notera aussi que l'université de Turin entretient un site, sur lequel on peut faire une visite virtuelle de ses musées dont celui-ci (site Museounito).

Danielle Gourevitch

YANACOPOULO Andrée - *Henri F. Ellenberger, une vie (1905-1993)*, Liber, Québec, 2009, 389 p.

Il s'agit d'un psychiatre, auteur d'un livre fondamental, et dont le parcours, tant géographique que biographique, est d'une originalité peu commune. Il naît en Afrique du sud, dans une famille protestante helvète-parisienne, installée là depuis longtemps comme missionnaires d'une société évangélique. Cette famille assume toutes les tâches d'un ministre de paroisse ; de plus, elle observe une tradition déjà ancienne, celle de conserver et de classer soigneusement toute sa correspondance et ses documents, y compris les journaux personnels et intimes. Il en résulte une documentation d'une exceptionnelle richesse, qui peut même paraître excessive.

Le 18 août 1914, l'enfant part pour la France où il fera ses études : la guerre ne durera pas. Ces études en effet se prolongeront au-delà de la Grande Guerre jusqu'à la veille de la suivante : au concours de 1932, il est nommé interne (à titre étranger) des asiles d'aliénés de la Seine. On dit couramment qu'il était camarade d'internat d'Henri Ey ; en fait celui-ci était du concours 1925, ils étaient certes collègues mais non camarades. Par contre, leur correspondance des années 1950-1960 démontre, par le tutoiement et la familiarité du ton, que les deux lumières de la psychiatrie étaient amis.

L'auteur remarque avec pertinence que, pendant les dernières années de l'entre-deux-guerres, la pléthorique correspondance ne fait pas la moindre allusion à l'actualité politique de l'Europe. On pourrait ajouter que, psychiatre éminent, H.F.E. concentre son attention sur sa famille même éloignée et sur les différentes églises protestantes des pays qu'il parcourt. La psychiatrie dynamique, dont l'histoire sera son chef-d'œuvre, "rappelle sans conteste la cure d'âme... ou écoute pastorale (qui) appartient au protestantisme". L'analyste didactique d'Ellenberger sera le pasteur Oskar Pfister (p. 200).

En mai 1941, il passe en Suisse, pays qu'il quittera en août 1953 ayant, pour la première fois de sa vie, trouvé un poste convenablement rémunéré de professeur de psychiatrie à la fondation Menninger, dans la capitale du Kansas, Topeka. Signalons (p. 194-195) l'intéressant souvenir d'un ancien élève détaillant le talent pédagogique d'H.F.E., professeur d'histoire de la médecine. Las de l'isolement et du provincialisme du Kansas, il accepte un poste de professeur agrégé à l'université Mac Gill et s'installe à Montréal, en juillet 1959. Peut-être a-t-il redouté l'ambiance intégriste d'un catholicisme strict qui vivait alors ses dernières années au Canada français ; il passe en 1962 à l'université de Montréal.

De 1966 à 1968, tout en assurant son cours de psychologie criminelle, il rédige son grand-œuvre médité depuis des années, *The discovery of the Unconscious, the history and evolution of dynamic psychiatry*. Il fait remonter l'histoire de l'inconscient à l'Antiquité classique, donne toute sa place à la psychanalyse freudienne mais sans dévotion ni allégeance, accorde toute leur place à Jung, Adler et surtout Janet. La limpidité, la simplicité du style, la rigoureuse honnêteté scientifique, l'impartialité font l'unanimité. "Quoiqu'écrit en anglais, ce livre avait été pensé en français", dit-il (p. 233), "mais je l'ai fait parce que c'était la moindre des politesses envers le pays qui subventionnait ma recherche" (p. 231).

Le livre sort officiellement, par les soins de Basic Books, le 31 mars 1970. Une partie en avait été dictée, à deux secrétaires polyglottes, en français, et elles traduisaient aussitôt en anglais. Les traductions italienne et allemande ont précédé la française, qui n'est sortie qu'en 1974, chez un éditeur de province, estimé et sérieux mais modeste. Si l'on en croit la page 231, elle se serait heurtée à l'obstruction malveillante d'une cote-

ANALYSES D'OUVRAGES

rie du mandarinat parisien de l'époque, dont le chef faisait la loi en matière de psychologie chez l'un des éditeurs nationaux. La substance de ce livre est fournie en grande partie par une correspondance familiale qui dégage une atmosphère d'ingénuité et de spontanéité, qui déborde quelquefois sur l'auteur. C'est un plaisir de la retrouver, après le prix que la Société lui avait attribué il y a quelques années ; elle a fait un considérable travail de recherche et d'enquête, tout en laissant parler la fraîcheur de cette ingénuité épistolaire. Le héros en est, pour se borner à ce qui lui survit, un historien consciencieux, très probe, subtil, curieux, expérimenté, quelquefois ingénu lui-même : un honnête homme doit-il s'en excuser ? Il a eu quatre patries successives, a su s'adapter et s'attacher à toutes, avec peut-être une préférence pour celle de sa jeunesse, et en tout cas pour sa langue. Il laisse son nom et ses archives au "centre de documentation" de l'hôpital Sainte-Anne de Paris, et, aux Happy Few de l'histoire de la psychiatrie, un livre qui ne périra pas.

Michel Gourevitch

Règles générales de publication

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

"**Histoire des Sciences Médicales**", organe officiel de la Société Française d'Histoire de la Médecine, publie, outre les 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 de congrès.

Obligations légales :

- Les auteurs s'engagent à respecter les dispositions de la loi du 11 mars 1957 modifiée, relative à la propriété littéraire et artistique.
- Les manuscrits originaux, destinés à publier une communication à la Société, ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être simultanément soumis pour publication à une autre revue. À défaut, ils pourraient ne pas être publiés.
- L'auteur s'engage à demander l'autorisation du Comité de lecture s'il désire reproduire partie ou totalité de son article, publié dans *Histoire des Sciences Médicales*, dans une autre publication.
- L'auteur engage seul sa responsabilité, en particulier pour ce qui concerne les opinions ou les interprétations exprimées dans les exposés ou reproduites dans les analyses.

Commission de Programmation et de Publication :

- En aucun cas la Revue n'est engagée vis-à-vis des manuscrits reçus avant la décision définitive de la *Commission de Programmation et de Publication*.
- La Commission se réserve le droit de demander une modification de la bibliographie.
- Les textes, publiés ou non, ne sont pas retournés à l'auteur, à l'exception des illustrations.
- L'auteur recevra une épreuve imprimée de l'article pour approbation finale. Il devra impérativement retourner celle-ci dans les quinze jours, faute de quoi le manuscrit pourra être publié tel quel sous la responsabilité de son auteur. Aucune modification du contenu du texte ne sera admise.

Texte :

- Les manuscrits doivent être rédigés en français. Ils seront présentés sous forme numérisée (Word : disquette, CD rom ou courrier électronique) et ne devront pas dépasser 35 000 signes, espaces compris (notes et références incluses).
- En cas de dépassement de ces normes, approuvé exceptionnellement par la *Commission de Programmation et de Publication*, une participation aux frais d'impression sera demandée à l'auteur.

- Dans le texte, les noms propres seront dactylographiés en minuscules. De manière générale, les nombres s'écrivent en chiffres sauf lorsqu'ils sont inférieurs à dix ou lorsqu'ils commencent une phrase.
- Les notes, en nombre limité, seront renvoyées en fin du texte.

Les manuscrits doivent porter, au bas de la première page, la date de la séance et l'adresse du ou des auteurs.

Illustrations :

- Tout ou partie des illustrations présentées en séance seront reproduites, si elles sont de qualité suffisante et dans la limite de l'espace disponible.
- La *Commission de Programmation et de Publication* se réserve le droit de refuser certaines illustrations proposées.
- L'auteur s'engage à ne fournir que des illustrations libres de tous droits, cette exigence valant décharge de la responsabilité de la Société. Elles seront numérotées en chiffres arabes pour les photographies et les graphiques (Fig. 1, Fig. 2, etc.) et en chiffres romains pour les tableaux (Tableau I, Tableau II, etc.).
- Les légendes seront fournies sous forme numérisée.
- Le nom de l'auteur, le numéro de la figure et l'orientation seront indiqués au dos de chaque figure, au crayon. Mais on préférera évidemment une gravure sur CD rom avec images (format JPEG environ 800 Ko), légendes et numérotation.

Références bibliographiques figurant en fin d'article :

- Les références seront strictement limitées aux travaux mentionnés dans le texte et devront être conformes à l'Index Medicus ou à l'Année Philologique.
- Elles doivent comporter obligatoirement dans l'ordre : nom de l'auteur, suivi des initiales du prénom en majuscules ; titre intégral dans la langue de publication ; titre de la revue en abrégé ; année de parution ; série ; numéros des premières et dernières pages.
- L'auteur est responsable de l'exactitude des citations, des références et des notes, celles-ci ne pouvant être vérifiées au moment de l'édition.

À titre d'exemple :

Article dans un périodique : SÉGAL A. Le bistouri électrique. Réflexion sur l'anse coupante et coagulante dans l'histoire de l'endoscopie. *Acta endoscopica*, 1988, 18, n° 3, 219-228

Chapitre de livre : FERRANDIS J.-J. Exploiter un musée d'histoire de la médecine : le musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce. In : *Histoire de la médecine Leçons méthodologiques*, s. la dir. de D. GOUREVITCH, Ellipses, Paris, 1995.

Livre : GRMEK M.D. *Histoire du SIDA. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Payot, Paris, 1989

Thèse : SALF É. Un anatomiste et philosophe français, Etienne Geoffroy Saint-Hilaire (1772-1844), père de la tératologie morphologique et de l'embryologie expérimentale. *Thèse méd. Lyon*, 1986.

La correspondance est à adresser :

Pour les communications :

à Monsieur Jacques MONET
École de Kinésithérapie de Paris ADERF
107, rue de Reuilly, 75012 Paris
jacques.monet@aderf.com

Président

Docteur Jean-Jacques FERRANDIS
6, rue des Impressionnistes, 91210 Draveil
Tél : 06 18 46 72 49
jj.ferrandis@orange.fr

Secrétaire Général

Docteur Philippe ALBOU
13, cours 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 <i>2011</i>	Abonnement à la Revue, seul <i>2011</i>	Cotisation et abonnement <i>2011</i>
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 €
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, Institut français de chirurgie endocrinienne, Hôpital des Peupliers, 8 place de l'abbé G. Hénocque, 75013 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 1^{er} trimestre 2011 - Commission paritaire 1010 G 79968 - ISSN 0440-8888