

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, Docteur J.-J. FERRANDIS,
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
2014

BUREAU

Président : Monsieur Francis TRÉPARDOUX, *Vice-Présidents* : Professeur Jacques BATTIN et
Professeur Jacqueline VONS, *Secrétaire Général* : Docteur Philippe ALBOU, *Secrétaire
Général adjoint* : Docteur Pierre CHARON, *Secrétaire de séance* : Monsieur Jacques MONET,
Trésorier : Docteur Jean-François HUTIN, *Trésorier adjoint* : Docteur Philippe CHARLIER

Directeur de la publication : Monsieur Francis TRÉPARDOUX

Délégués à la publication : Professeurs Danielle GOUREVITCH et Jacqueline VONS

Délégué aux affaires extérieures : Docteur Pierre L. THILLAUD

Adresse Internet de la Société : www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm

MEMBRES HONORAIRES

Professeur S. KOTTEK, Professeur J.-P. BINET

MEMBRES

Docteur Ph. ALBOU, Professeur Jacques BATTIN, Docteur Ph. BONNICHON,
Docteur Ph. CHARLIER, Docteur P. CHARON, Docteur J. CHEVALLIER,
Mademoiselle F. CRIQUEBEC, Docteur A.-J. FABRE, Docteur J.-J. FERRANDIS,
Docteur C. GAUDIOT, Professeur M. GERMAIN, Professeur D. GOUREVITCH,
Docteur J.-F. HUTIN, Docteur Patrick LEFLOCH-PRIGENT, Docteur A. LELLOUCH,
Docteur J.-M. LE MINOR, Monsieur J. MONET, Docteur J. POUILLARD,
Professeur J.-J. ROUSSET, Monsieur M. ROUX-DESSARPS, Docteur A. SÉGAL,
Docteur P.-L. THILLAUD, Monsieur F. TRÉPARDOUX, Professeur J. VONS.

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) *PubMed* (National Library of medicine, Bethesda) et *Article@INIST*.

Liste des membres d'honneur de la Société Française d'Histoire de la Médecine depuis 1958

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

Année 2012

Docteur Jean-Jacques FERRANDIS

Année 2014

Docteur Pierre L. THILLAUD

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

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

TOME XLVIII

2014

N°2

Sommaire

<i>Société française d'histoire de la médecine</i>	
Compte rendu de la séance du 15 mars 2014	165
Compte rendu des journées des 11 et 12 avril 2014	171
Compte rendu de la séance du 17 mai 2014	175
Compte rendu de la séance du 14 juin 2014	177
<i>Saturnisme : vers une reconnaissance paléoépidémiologique ?</i>	
par Anne BOURDIEU	181
<i>Le vieillissement dans la forêt amazonienne : défis et perspectives</i>	
par Euler Esteves RIBEIRO	189
<i>Histoire de la médecine en Amazonas. Disparition du chamane et christianisation des rites de guérison chez les indiens tariano, à la périphérie urbaine de Manaus</i>	
par João Bosco BOTELHO	199
<i>Jules Baretta et les secrets du moulage pathologique au XIX^{ème} siècle. Analyse de la cire n° 1364 au musée de l'hôpital Saint-Louis</i>	
par Fabien NOIROT	203
<i>Montesquieu malvoyant, puis aveugle</i>	
par Jacques BATTIN	209
<i>Approche comparée des pratiques médicales de "massage" et de "gymnastique" à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle (Angleterre, France, Allemagne, Suisse)</i>	
par Grégory QUIN	215
<i>La présence des volatiles, des animaux aquatiques et des insectes dans le langage médical</i>	
par Philippe ALBOU	225
<i>Les femmes pleurent-elles plus que les hommes, et pourquoi ?</i>	
par Jacqueline VONS	237

<i>La mort inexplicée de Blandine Liszt Ollivier</i> par Dominique MABIN	245
<i>Une campagne contre la loi de 1838 régissant le statut des aliénés.</i> <i>Hector Malot, Léopold Turck, Théophile Huc, un romancier, un médecin, un juriste</i> par Danielle GOUREVITCH	251
<i>Ouvrage de dame à l'hôpital Sainte-Anne</i> par Pierre L. THILLAUD et Jacques POSTEL	261
<i>Analyses d'ouvrages</i>	267
<i>Colloques et congrès</i>	279

Les 36 volumes du *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine* (1902-1941, avec les tables 1902-1914) sont 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* est en ligne, elle aussi, par la BIUM, à l'exception des deux dernières années ; cet « embargo » permet 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 15 MARS 2014

La séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine s'est tenue sous la présidence de M. Francis Trépardoux, président de la SFHM, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, Rue de l'École de Médecine, 1er étage, 75006 Paris (métro Odéon).

1) Annonce et remise des prix de la SFHM pour 2013, par Mme Jacqueline Vons, présidente de la commission des prix.

a. pour la mention médecine : Mme Marie Cheveau, *Contribution à l'étude des médecins du Calvados pendant la Seconde Guerre mondiale*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de médecine de Caen, 2011 : remarquable travail d'étude historique à partir d'archives, de témoignages écrits et oraux, rassemblés et mis en œuvre. Le jury a été particulièrement sensible à la qualité de la documentation originale et à la clarté de la présentation. 37, rue Chateaubriand, 14000 Caen, mariecheveau@hotmail.com

La commission tient à souligner également la qualité de deux autres thèses en médecine qui n'ont pu être primées : *La vie et l'œuvre scientifique d'Augustin Morvan, médecin de campagne à Lannilis au XIXème siècle*, Brest 2013, par M. Florian Le Gall ; *L'enseignement médical à Montpellier de 1498 à 2011 : histoire de la filière universitaire de médecine générale*, Montpellier 2011, par Melle Clémence Gavalda.

b. pour la mention "autre que médecine", le prix a été attribué ex-aequo

1) à M. Alexandre Klein pour l'excellence de sa thèse de philosophie et d'histoire des sciences, *Du corps médical au corps du sujet : étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*, soutenue devant l'Université de Nancy en 2012, qui, au terme de plusieurs années de lectures historiques et philosophiques, analyse avec un regard critique neuf et constructif l'évolution de la notion de crise en médecine, tant du point de vue des soignés que des soignants. 7708, avenue Casgrain, Montréal, Québec H2R 1Z1 (Canada) kleinalexandre@free.fr.

2) à M. Jean Andris qui a étudié et interprété avec son regard de médecin une quantité importante de documents historiques des archives du Brabant, en vue de la rédaction d'un mémoire de Master d'histoire intitulé *L'expertise médicale en justice dans la Belgique indépendante : l'arrondissement judiciaire de Nivelles et la Cour d'assises du Brabant (1830-1866)*, présenté à Louvain en 2012. Rue Fr. Desmedt 59B-1150 Bruxelles (Belgique).

Le président de la commission invite les trois lauréats à présenter brièvement leur travail. Madame Vons parle au nom de M. Klein :

Partant du constat de l'existence d'une crise dans la médecine française contemporaine, notre travail doctoral réalise un bilan axiologique profond, afin de comprendre les fondements de cet état critique et d'envisager des voies d'un renouvellement de l'identité professionnelle apte à rétablir des relations équilibrées entre ses acteurs. Il se consacre ainsi à mettre en évidence l'anthropologie philosophique qui a accompagné le développement de la médecine moderne, entendue comme discours à prétention scientifique, profession et pratique sociale, puis sa mutation à l'époque contemporaine. Pour ce faire, il constitue, met à l'épreuve, et finalement valide, l'hypothèse selon laquelle l'évolution scientifique, professionnelle et sociale de la médecine repose sur la quête d'une solution au problème épistémologique, fondamental pour la modernité, d'objectivation de la subjectivité humaine.

À partir de la révolution galiléenne et de ses implications ontologiques, nous retraçons tout d'abord les difficultés d'application de la méthodologie des sciences naturelles à la

pratique médicale que connaît la médecine de l’Ancien Régime. Nous suivons ainsi les démarches tout d’abord tâtonnantes, puis de plus en plus affirmées, de constitution d’un savoir nouveau, de pratiques diagnostiques et thérapeutiques innovantes et de renouvellement des cadres institutionnels de la pensée médicale qui jalonnent le XVIIIème siècle et se voient synthétisées à l’occasion de la Révolution française. De la modélisation médicale et philosophique de l’individu comme “cas” particulier d’un ensemble, à la formalisation par le positivisme de la figure de l’homme normal, nous montrons ensuite comment la médecine s’est progressivement constituée un objet propre autour duquel elle pouvait exercer un savoir cohérent et des pratiques efficaces. Nous explicitons ainsi la manière dont elle a pu conquérir la reconnaissance extérieure et l’organisation intérieure apte à établir une autonomie professionnelle à mesure qu’elle faisait sienne les territoires de l’homme, d’abord individuel, puis social et enfin vivant.

Nous étudions dans un troisième chapitre les bouleversements techniques et épistémologiques qui ont fait naître la médecine dite contemporaine en remettant en question l’organisation et le sens du modèle médical moderne. Nous y détaillons l’influence de la biologie moléculaire sur le modèle anthropologique médical ainsi que le rôle de l’expansion d’une éthique biomédicale sur ces transformations. Nous sommes alors conduit à envisager les effets et pendants sociaux de l’apparition de la médecine contemporaine et particulièrement la remise en cause de son hégémonie et de ses normes de compréhension et de fonctionnement par les malades. Nous suivons ainsi l’émergence d’un discours médical alternatif, propre aux usagers, revendiquant une autonomie en matière de santé et manifestant donc une défiance à l’égard de la médecine officielle ; état critique que l’épidémie de sida fera définitivement advenir sur la place publique. Dès lors, nous retrouvons les conditions d’apparition de la crise médicale contemporaine en dévoilant le progressif affaiblissement du modèle anthropologique de l’homme normal comme réponse à la demande d’objectivation scientifique et technique de la subjectivité humaine, mais également l’incapacité de la pensée médicale à en renouveler la forme à l’aune des demandes du corps social.

Le dernier chapitre, en forme de contre-point, propose un retour aux fondements de cette formation médicale pour questionner le possible dépassement de cette situation critique apparemment insoluble. C’est l’étude de la correspondance du médecin des Lumières Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) qui nous offre l’occasion de mettre en lumière les conditions de possibilités d’une médecine au sein de laquelle est assuré le respect de l’autonomie et de l’identité propres à l’ensemble des sujets, qu’ils soient soignés ou soignants. L’analyse de ce corpus dévoile en effet des pistes concrètes de reconfigurations épistémologiques et sociopolitiques des critères de scientificité qui apparaissent comme autant de réponses possibles au problème de la subjectivité dans la médecine moderne et contemporaine.

Puis intervient M. Jean Anduis :

L’expertise peut se définir comme un appel aux connaissances particulières d’une personne, en vue d’éclairer une décision. L’expertise judiciaire est destinée à éclairer la décision du magistrat ou du jury. L’expertise médicale judiciaire, bien antérieure à la période étudiée, fait appel aux connaissances médicales pour évaluer les dommages corporels, établir s’il y a eu violence ou rechercher la cause d’un décès suspect. Dans l’expertise médicale auprès des tribunaux, le juge et le médecin (ou la médecine et la justice) se rencontrent. Comment se passe cette rencontre ? Elle est en quelque sorte inégale : si le corps judiciaire est déjà constitué depuis bien longtemps, assiste-t-on, au

cours de la période étudiée, à l'émergence d'un autre groupe professionnel, celui des médecins légistes ? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons choisi de nous intéresser aux dossiers de justice dès leur origine, à savoir dès le niveau du Parquet d'arrondissement, parce que des expertises y sont pratiquées et qu'elles peuvent être déterminantes pour la suite des affaires. Nous nous sommes toutefois intéressé plus en profondeur à la cour d'assises. Du point de vue géographique, nous avons opté pour l'étude de l'arrondissement de Nivelles en raison de sa représentativité et pour la cour d'assises du Brabant, dont Nivelles dépend. Notre échelle de temps s'étale de l'indépendance de la Belgique, en 1830, à la promulgation d'un nouveau code de procédure pénale, en 1866.

Nous avons ainsi pu nous rendre compte que la procédure était initialement peu suivie. Ainsi, les dossiers les plus anciens ne comportent pas de trace de la requête du magistrat. Le serment d'expert, s'il a été prononcé, n'est pas consigné. Le rapport d'expert se résume aux déclarations de celui-ci, reprises dans le procès verbal rédigé par le magistrat. Dans les premiers temps, l'expert lui-même ne signe pas ce procès verbal. Ce n'est qu'au fil des dossiers que l'on voit cette procédure se rapprocher peu à peu des prescriptions du code. L'expertise pratiquée est, quant à elle, de qualité très variable. Elle ne dépend pas du niveau de compétence de l'expert, qu'il soit officier de santé, médecin ou chirurgien. Mais elle semble dépendre de la personnalité de l'opérateur, encore que l'on puisse retrouver chez le même expert, des prestations de grande qualité dans tel dossier et un examen presque bâclé dans tel autre dossier. Il semble que la précision de la question posée par le magistrat joue un rôle à cet égard. La formation en médecine légale, pour autant qu'on puisse en avoir une idée, ne semble pas suffisante pour faire de ces personnes des professionnels aux pratiques spécifiques. Les cours dispensés dans les universités belges sont destinés à fournir quelques notions de base aux futurs acteurs de la santé, plutôt qu'à former des spécialistes de la médecine légale. Pourtant, de nombreux traités de médecine légale, déjà fort complets, sont disponibles et la circulation des savoirs est une réalité. Mais bien des questions scientifiques restent à résoudre et on assiste à une dynamique entre l'action de terrain, l'observation, l'expérimentation et la réflexion théorique.

En conclusion, on peut donc dire que l'on est témoin d'une interaction entre deux groupes d'acteurs, les juristes d'une part, les légistes d'autre part. On ne peut toutefois pas considérer que les seconds constituent un groupe professionnel bien établi. Leur pratique est en pleine maturation et les connaissances qui la supportent, bien que déjà fort abondantes, restent encore lacunaires et tâtonnantes.

L'auteur adresse ses plus vifs remerciements à la Société Française d'Histoire de la Médecine pour l'attention qu'elle a bien voulu accorder à son travail. Il exprime toute sa reconnaissance envers ses maîtres à l'Université Catholique de Louvain et plus particulièrement au professeur Xavier Rousseaux, qui a bien voulu diriger ce mémoire.

Parle enfin Madame Marie Cheveau :

Je suis née et j'ai grandi en Lorraine, région, s'il en est, façonnée par les guerres successives. Mes deux grands-pères ont combattu dans la Résistance et, enfant, j'ai été marquée par leurs récits et très tôt par la conscience que mon existence était intimement liée à ces conflits. Lorsqu'il a été question de préparer ma thèse, la décision de faire une thèse d'histoire de la médecine ayant pour cadre la seconde Guerre mondiale s'est imposée. Ce sujet me permet de faire le lien entre ma profession et ma passion pour l'histoire, tout en plaçant l'homme au centre du débat. En effet, la médecine et l'histoire sont deux disciplines permettant d'approcher l'humain, et c'est ce qui me passionne. Je me suis

posé la question de ce que j'aurais fait, en tant que citoyenne, mais aussi en tant que médecin, si j'avais vécu ces années noires. De là est née la problématique de cette thèse : Qui étaient les médecins du Calvados pendant la seconde Guerre mondiale ? Quel a été l'impact de la guerre sur leur vie professionnelle ? Quel a été leur comportement en tant que citoyens pendant ces années noires ?

Pour répondre à ces questions, nous avons, dans une première partie, réalisé une étude sociologique du monde médical entre 1939 et 1945, dans le Calvados. Cette étude concerne les médecins libéraux, en milieu rural et en milieu urbain, les médecins hospitaliers et les médecins fonctionnaires. Nous évoquons les catégories sociologiques particulières que constituent les médecins femmes, les étudiants en médecine, les médecins retraités, les médecins juifs et étrangers. Nous étudions dans une seconde partie les soins apportés par ces médecins à la population, les difficultés à exercer liées aux restrictions et aux pénuries, les modes de rémunération et les innovations médicales qui ont vu le jour au cours de cette période trouble. La création de l'Ordre des médecins, les prises de position de cette instance sous l'Occupation et le cas spécifique de l'Ordre des médecins du Calvados sont également abordés. Enfin, nous analysons l'implication des médecins du Calvados dans la société : la mobilisation, les médecins prisonniers, la collaboration, la Résistance et la déportation, l'engagement politique. Nous explicitons particulièrement la prise de position et le destin de quelques médecins emblématiques de cette époque.

Notre travail s'appuie sur diverses sources documentaires, outre de nombreux ouvrages : archives départementales du Calvados, archives du Mémorial de Caen. Nous avons pu avoir accès, de manière assez exceptionnelle, aux archives du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Calvados. Quelques témoignages oraux, notamment celui de Jacques Dujardin, jeune médecin à Honfleur pendant cette guerre, nous ont été précieux.

Ce travail de thèse m'a passionnée durant plus de 18 mois. J'ai souhaité répondre de manière personnelle aux différentes questions que nous nous sommes posées tout au long de cette étude. À la question de savoir qui étaient ces médecins du Calvados pendant la Seconde Guerre mondiale, je pense qu'assurément ils étaient des soignants. Malgré leurs différences d'appartenance politique, religieuse, sociale, malgré leurs histoires personnelles et familiales, il s'agissait de personnes dans leur immense majorité dévouées à la condition humaine. Des personnes pour lesquelles le devoir moral et le sens civique avaient une grande importance. Marquées par la Grande Guerre, dans ce qu'elles en avaient vécu ou entendu, dans leur attachement à la patrie, et ce quel que soit le camp choisi. À la question de savoir si la guerre a modifié durablement notre profession, je répondrai qu'effectivement les années 1940 apparaissent comme des années-charnière pour la profession de médecin et pour l'histoire de la médecine. La Seconde Guerre mondiale a marqué une rupture dans la vie des médecins du Calvados. Rupture dans leur vie personnelle et familiale, parfois de manière dramatique. Rupture dans leur vie professionnelle, dans la nature des soins prodigués, à travers l'essor des antibiotiques, de l'industrie pharmaceutique, des moyens de communication, d'imagerie, de déplacement. Rupture enfin dans leur environnement, au travers des destructions, des structures de soins anéanties, des villes quasiment rasées. En revanche je pense que ces médecins ont probablement vécu une continuité dans la relation avec leurs patients, des Calvadosiens touchés eux aussi au plus profond d'eux-mêmes par ce conflit. Quant à savoir si les médecins se sont comportés comme les autres citoyens, je ne le pense pas. De par leur profession, les médecins ont une connaissance approfondie et un contact privilégié avec

l'humain. Ceci aurait pu provoquer en eux une sorte de détachement, d'indifférence. Au contraire il m'a semblé que cela les conduisait le plus souvent au dévouement absolu. Dans la plupart des cas, les médecins ne se sont pas dérobés, ils ont assumé leur fonction et parfois même bien au-delà. Ils sont proportionnellement très représentés au sein de la Résistance et des victimes du nazisme et ont dans leur immense majorité secouru leurs concitoyens lors des événements de l'été 1944.

Ce travail a pour moi pris la forme d'un devoir de mémoire. En évoquant ces médecins à travers les épreuves qu'ils ont traversées, en décrivant leur quotidien, en me rendant sur les lieux où ils ont vécu, j'ai eu le sentiment parfois de les faire revivre, en tout cas de leur rendre hommage. Leur sacrifice dépasse le temps, le transcende. Bien sûr l'exercice de la médecine n'a plus grand chose à voir avec cette époque. Mais nous avons en commun avec les médecins dont nous avons tâché de retracer l'histoire le fait de répondre à une vocation et d'être des soignants, de côtoyer au plus près l'être humain dans sa souffrance et sa vulnérabilité. Soulager la souffrance est de tout temps. La profession médicale française a profondément évolué depuis et à travers ce conflit mondial. Nous en sommes les dépositaires. Que ferons-nous de cet héritage ?

2) Séance habituelle

1) Excusés

Jacques Battin, Pierre Charon, Jean-François Hutin et Pierre Thillaud.

2) Lecture du procès-verbal de la séance du 15 février 2014

Le procès-verbal est approuvé à l'unanimité.

3) Elections

- Dr Françoise Bonnet, 4, rue de l'Esterel, 51500 Taissy ; fbonnet@chu-reims.fr

- Mme Maria Portmann, Pré de l'Étang 9, 1752 Villars-sur-Glâne (Suisse) ;

maria.portmann@unifr.ch

- Dr Xavier Van den Broucke, 35, rue Grimaldi 98000 Monaco ;

xvandenbroucke@monaco.mc

- M. Florian Godivès, Appt A229, résidence Jacques Restignat, 36, avenue du Président Wilson, 94230 Cachan ; florian.godives@gmail.com

- Mme Pascale McGarry, Le Mas Gauzin, 30770, Campestre-et-Luc ;

mcgarry.pascale@ucd.ie

4) Candidatures

- Dr François Desquenue, 77, boulevard de la Reine, 78000 Versailles ;

fdesquenue@hotmail.fr, médecin responsable médico-juridique d'un laboratoire pharmaceutique, à côté de quelques publications en héraldique et en généalogie, s'intéresse aux relations entre la médecine et la littérature, et aussi à l'histoire de la médecine autour de la figure de François Dubois, son grand-oncle, l'un des pionniers français de la chirurgie esthétique et réparatrice, dont il possède des archives familiales. Parrains : Francis Trépardoux et Jean-Jacques Ferrandis.

- Jean-Bernard Cazalaa, 36, 1 rue Lecourbe, 75015 Paris, jbcz@orange.fr ;

anesthésiste-réanimateur retraité, président des amis du Musée d'histoire de la médecine de Paris, ainsi que président du club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation, dont il gère le site internet <http://www.char-fr.net>. Parrains : Patrick Berche et Philippe Albou.

- Dr Nissen Abuaf, Service d'Hématologie, Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75970 Paris Cedex 20, nissen.abuaf@tnn.aphp.fr

- M. Mohamed Moumaris, 1, Villa Guibert 75116 Paris ; mohamed.moumaris@orange.fr, praticien hospitalier et maître de conférences à l'hôpital Tenon, docteur en sciences médicales ; ces deux candidats mènent conjointement des recherches sur la médecine, la chirurgie et les institutions de santé durant les conflits militaires impliquant la France. Leur recherche en cours porte sur le système sanitaire durant la guerre de Crimée au milieu du XIX^{ème} siècle. Parrains : Philippe Bonnichon et Jean-Jacques Ferrandis.

- Dr Jean-François Audouard, Quartier Os de Gras, Chemin du Haut Divajeu, 26400 Crest ; jfoudouard@gmail.com, médecin généraliste exerçant au centre de transfusion sanguine de Valence, collabore à la revue *Prescrire* et est attiré depuis toujours par l'histoire de la médecine. Il prépare un mémoire sur la transfusion sanguine et envisage d'approfondir l'histoire de l'épilepsie, qui était le sujet de sa thèse. Parrains : Jean-Jacques Ferrandis et Philippe Albou.

- Mme Laurie Baveye-Kouidrat, 45, rue des Glycines, 59390 Touffler ; laurie.baveye@yahoo.fr, doctorante en histoire médiévale à Lille, où elle prépare une thèse sur le thème "Exercer la médecine en milieu princier au XV^{ème} siècle : l'exemple de la cour de Bourgogne (1363-1482)", s'intéresse particulièrement à l'histoire de la médecine et à la pharmacopée du bas Moyen Âge (14^{ème}-15^{ème} siècles). Elle a déjà publié plusieurs articles sur la pathographie de Philippe le Bon, décédé en 1467. Parrains : Danielle Gourevitch et Philippe Albou.

- Dr Youssef Kouidrat, Hôpital maritime de Berck, 311, place du Pr Sorrel, 62600 Berck ; youssef.kouidrat@gmail.com, médecin endocrinologue à l'hôpital maritime de Berck, s'intéresse à l'histoire du diabète aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, et plus particulièrement aux travaux d'Étienne Lancereaux (1829-1910). Parrains : Jacqueline Vons et Francis Trépardoux.

5) Livres récents

- **SABINE ARNAUD** : *L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820)*, Éd. Ehes, Paris, 2014.

- **Pierre HILLEMANT** : *Journal d'un médecin sur les deux guerres mondiales (2. La seconde guerre mondiale)*, Éd. Fiacre, 2014.

- **Bernardino FANTINI** et **Louise L. LAMBRICHS** (sous la dir.) : *Histoire de la pensée médicale contemporaine. Évolutions, découvertes, controverses*, Éd. du Seuil, Paris, 2014.

6) Communications

- **Jacques BATTIN** : *Montesquieu malvoyant, puis aveugle* (communication lue par M. Germain).

- **João Bosco BOTELHO** : *Histoire de la médecine en Amazonas : disparition du chamane et christianisation des rites de guérison chez les indiens Tariano*.

- **Anne BOURDIEU** : *Saturnisme : vers une reconnaissance paléoépidémiologique ?*

- **Fabien NOIROT** : *Jules Baretta et les secrets du moulage pathologique au XIX^{ème} siècle. Analyse de la cire n° 1364 au musée de l'hôpital Saint-Louis*.

- **Euler RIBEIRO** : *Un bref historique de la gériatrie et de la gérontologie au Brésil*.

7) **Rappel** : sortie de la SFHM à Reims les 11 et 12 avril 2014 sur le thème des "Médecins et soldats pendant les campagnes de la Révolution et de l'Empire".

Jacques Monet,
Secrétaire de séance

COMPTE RENDU DE LA SORTIE DE LA SOCIÉTÉ À REIMS LES 11 ET 12 AVRIL 2014

Dans le cadre de la célébration du Bicentenaire de la Campagne de France de 1814 organisée dans la Région de Champagne-Ardenne, la Société française d'Histoire de la médecine proposait à un large public comme à ses sociétaires, d'en évoquer les aspects scientifiques, stratégiques et médicaux au cours du Colloque intitulé : "Médecins et soldats pendant les campagnes de la Révolution et de l'Empire", associée dans cet événement au groupement historique du Souvenir napoléonien.

Vendredi 11 avril après-midi : L'organisation médicale des armées.

Dès 13 h., les participants sont accueillis à l'auditorium de la médiathèque Jean Falala, complexe d'architecture cubique, élevé dans le périmètre du parvis de la cathédrale de Reims. La séance est ouverte par Monsieur Francis Trépardoux, président de la Société, en présence du Professeur Jean Tulard, membre de l'Institut, du Docteur Jean-François Lemaire, correspondant de l'Institut et du Docteur Alain Ségal, président d'honneur de la Société. M. Trépardoux s'adresse à l'assemblée pour ouvrir le programme des travaux scientifiques, et exprimer notre vive gratitude à chacune des personnalités académiques et universitaires, ainsi qu'aux historiens et membres des instances territoriales du département de la Marne qui honorent de leur présence les séances de notre colloque.

Communications

- **G. LEROUX-LENCI** : *Les couleurs du Service de Santé des Armées sous l'Empire.*

L'uniforme des soldats permet de les distinguer et de les différencier sur le champ de bataille. La période de l'Empire donne aux officiers de santé des tenues vestimentaires distinctes, sans les classer définitivement au rang des officiers supérieurs, car non combattants. Leurs habits de 1796 et 1803 sont présentés par l'auteur, ainsi que ceux des infirmiers et brancardiers.

- **J.-P. DECONINCK** : *La prise en charge des blessés de la Grande Armée du champ de bataille aux Invalides.*

La création d'ambulances mobiles voulues par Larrey et Percy connut diverses tentatives limitées par l'autorité des commissaires des guerres. Ainsi, les secours médicaux demeuraient incertains et trop peu fournis pour traiter des milliers de blessés en quelques jours. Pour les évacués aptes à rejoindre l'hôpital de l'arrière, les soins y étaient précaires et peu adaptés à un véritable traitement médical.

- **J.-F. CHERMANN** : *Le colonel Chabert, ce voyageur sans bagage qui n'en est pas un.*

Victime d'un traumatisme crânien au cours de la bataille d'Eylau, il est laissé pour mort et réparait à Paris en 1817. Dépourvu d'amnésie d'identité, Chabert connaissait la sienne et voulut la faire reconnaître. En cela, il serait au sens clinique d'aujourd'hui proche d'un simulateur. La question est débattue par l'auteur, sur l'errance du personnage venu au monde sans parents.

- **F. TRÉPARDOUX** : *Des médicaments et des pharmaciens pour l'armée, 1800-1815, une organisation nouvelle.*

Bayen et Parmentier donnèrent à la pharmacie militaire ses structures de base, conditionnées par la sélection des médicaments, le bon ordre matériel et financier, le contrôle scientifique et le suivi des traitements auprès des hospitalisés. Dans les armées, les effectifs des pharmaciens furent variables en nombre, accrus notablement après 1811, associés aux activités ambulancières.

- **G. CARRIEU** : *Les invalides des guerres du Consulat et de l'Empire.*

Pour la fraction des combattants blessés et rapatriés, cette période leur a été favorable par la prise en charge de l'hébergement et le versement de modestes pensions qui leur

permirent de vivre. L'institution de Paris donnait l'aspect d'un asile heureux pour ceux qui y entraient, apparence flatteuse d'humanité qui jouait en faveur du régime impérial, reconnaissant à ceux qui le servaient, inaugurant pour eux la remise des Croix en 1804.

- **A. GOLDCHER** : *L'ardennais Corvisart, l'icône de la médecine impériale.*

C'est une bonne entente formée dès 1800 entre Napoléon et lui qui fonda sa décision de lui confier la direction de sa Maison médicale. Praticien de la percussion, Corvisart fut à Paris un zélateur remarqué de la nouvelle médecine clinique. Il publia peu, et suivit de l'arrière les campagnes de son impérial maître auquel il fut fidèle, avant de connaître une fin de vie rétrécie par les dettes et les atteintes de l'âge.

- **P. DEMOUY** : *Le vin de Champagne pendant l'Empire.*

Les domaines démembrés par la vente des biens nationaux fait suite une baisse de qualité dans la production, cependant que la circulation des produits est facilitée par la nouvelle administration. La production de vin blanc mousseux améliorée par les progrès techniques de vinification connaît une forte croissance soutenue par une demande des marchés parisiens, hollandais et rhénans. Cette progression affirmée à la chute de l'Empire pérennise la fortune des maisons Clicquot, Ruinart et Moët, celle des négociants opérant dans des caves immenses.

Avec la fin des travaux de l'après-midi, l'assemblée s'est transportée à la Bibliothèque Carnegie pour la visite de l'exposition organisée en liaison avec le Souvenir napoléonien et notre Société sur le thème : "De la lancette au stéthoscope, la médecine de la Révolution à la Restauration", où étaient présentés de nombreux ouvrages médicaux de l'époque, des autographes, des collections d'instruments et en particulier la trousse de chirurgie de Larrey, prêtée en cette occasion par l'Académie nationale de médecine. Un dîner de gala suivait dans la salle gothique des Comtes de Champagne, domaine de la maison Taittinger, au cours duquel la prise de parole du Professeur Jean Tulard retraçait les circonstances politiques de la fin de la Campagne de France jusqu'à l'abdication de Napoléon Ier à Fontainebleau en avril 1814, autour de la Conspiration des maréchaux.

Samedi 12 Avril, matinée : *Les connaissances médicales des temps de guerre.*

La seconde journée du colloque débutait en présence de Monsieur Arnaud Robinet, maire de Reims, qui prit la parole en signe de bienvenue aux congressistes, témoignant de son intérêt pour les travaux de la Société française d'Histoire de la médecine, associé au Professeur Jean-Paul Eschard, doyen de la Faculté de médecine de Reims, du Professeur Jean Tulard et de Monsieur Guy Carrieu directeur général des services du Conseil général de la Marne, vice-président du Souvenir Napoléonien. Monsieur Carrieu a procédé à la remise de la médaille du Bicentenaire de 1814, frappée d'une abeille ceinte de lauriers.

Communications

- **B. VESSELLE et J. LEGAYE** : *Amputation et appareillage du membre inférieur pendant la Révolution et l'Empire.*

Dans son image terrifiante, l'amputation immédiate fut préférable semble-t-il, pour éviter les problèmes septiques post traumatiques au sein d'un afflux de blessés. La rapidité et l'habileté dans le geste se sont imposées dans la chirurgie de guerre de l'Empire. Aux béquilles rudimentaires et à la jambe de bois formée d'un bâton cylindrique pour les plus simples, la mécanique proposait des perfectionnements articulés accessibles aux plus riches.

- **P. LE DANTEC** : *Existe-t-il une prise en charge de la douleur sous l'Empire ?*

Retraçant le parcours historique des extraits de pavot et de solanacées, il est patent que le laudanum formulé par Sydenham a constitué le principal remède antalgique en usage en Europe jusqu'au 19^{ème} siècle. Sur le champ de bataille, il est présent dans les caissons avec la liqueur d'Hoffmann. L'eau-de-vie servait communément à calmer les souffrances physiques et morales.

- **B. BALDIVIA et B. VESSELLE** : *Du vent du boulet au blast.*

L'effet de blast ou d'explosion provoque une onde de surpression statique, par élévation brutale de la pression atmosphérique suivie d'une phase de dépression, ainsi qu'une onde de surpression dynamique comparable à celle d'un ouragan, associée à un effet thermique brûlant. Parmi les blessures connues à l'époque de l'Empire, les auteurs rapportent quelques cas évoquant ce type de choc sous réserve de confrontations précises.

- **H. DU COULOMBIER** : *L'Aigle et le pou, le typhus dans la Grande Armée.*

Les épisodes fréquents de fièvres rapportées par les médecins militaires ont été le fait de la propagation du typhus dans leurs hôpitaux, avec des effets de mortalité dévastatrice. La contagion était évidente, mais son agent vecteur demeurait inconnu. Les épidémies survenues dans l'hôpital des Pyrénées orientales, et plus tard durant la campagne d'Allemagne, de Dantzig, Torgau et Mayence frappèrent de stupeur par leur aspect désastreux.

- **J.-F. HUTIN** : *Le docteur Henri-Marie Husson (1772-1853) et l'introduction de la vaccine à Reims.*

Membre du comité de la vaccine institué en 1800 à Paris, Husson revint à Reims où il exerça les médecins dans les techniques de prélèvement, de conservation et de vaccination, aussi pour éteindre les controverses sur l'innocuité de ce geste. Sa célébrité s'affirma lorsqu'il vaccina en 1811 le roi de Rome à Saint-Cloud. Sa notoriété confirmée le porta à l'Académie royale de médecine en 1821, dont il fut président en 1839.

Samedi 12 Avril, après-midi : *Des personnages illustres ou méconnus.*

La séance était présidée par les Docteurs Jean-François Lemaire et Benoît Vesselle.

Communications

- **A. DEMOUY** : *Le Rémois Jean-Pierre Boudet, pharmacien des armées (1748-1828).*

Débutant à Paris dans les officines des Pia et Deyeux, il devient proche de Bayen et de Parmentier, amitiés qui décideront de son départ dans l'expédition d'Égypte, cédant son officine à son neveu homonyme. Endurant et inventif, il surmonte les conditions extrêmes, protège ses collections. Sa reprise de service en 1803 le conduit à Bruges, puis en Autriche et en Prusse comme pharmacien en chef de la Grande Armée. Il fut membre de l'Académie royale de médecine et de plusieurs sociétés savantes de Paris.

- **A. SÉGAL** : *Claude Balme (1766-1845), chirurgien et médecin des armées de la Révolution à l'Empire.*

Après avoir participé à la campagne d'Italie, Balme se distingua dans celle d'Égypte pour avoir surmonté les conditions critiques du climat, celles des épidémies de peste et de scorbut. Au contact de Desgenettes et de Larrey il montra sa détermination dans l'action sanitaire. La révision des archives militaires et civiles permet de recadrer sa longue biographie, d'où ressort sa fidélité marquée à Bonaparte.

- **J. LEGAYE** : *La formation médicale des officiers de santé pendant l'Empire, à propos du chirurgien-major François-Augustin Legay.*

La révolution supprima l'enseignement de la médecine, remis en activité partielle en 1794 et institué légalement en mars 1803. On sait que la formation des chirurgiens et des

médecins connus alors des aléas, des lacunes qu'il fallut régulariser durant l'Empire pour les civils et les militaires, avec l'émergence des jurys départementaux. Ce propos est illustré par le cas personnel du chirurgien F.-A. Legay.

- **B. VESSELLE** : *François Ribes, de la division d'ambulance du champ de bataille, chirurgien par quartier de la Maison de l'Empereur.*

Né en 1765 au pays de Bigorre, Ribes est sous-aide major en 1792 aux Invalides à Paris. Il est présent auprès de l'Empereur de 1805 à 1813, éloigné en Espagne en 1808. En mission auprès du Pape, il ne participe pas aux Cents jours. Il figurait parmi les fondateurs de la Société médicale d'émulation. Il fut membre de l'Académie royale de médecine et publia de nombreux mémoires remarquables dans le domaine de l'anatomie, recensés jusqu'en 1845, comme en témoigne le livret remis aux congressistes.

- **A. GOLDCHER** : *Rôle du chirurgien ordinaire Yvan auprès de Napoléon Ier en 1814.*

Issu d'une famille modeste du midi, Louis Yvan est nommé en 1800 comme chirurgien attaché à Bonaparte, bien accepté dans l'entourage de celui-ci. Il suit l'Empereur dans ses campagnes. À Fontainebleau, il est présent dans la nuit du 13 avril 1814 lorsque Caulaincourt constate un début d'empoisonnement de l'Empereur. Est-ce lui qui aurait remis au souverain une drogue mortelle à usage de dernière extrémité ? La nature du poison demeure conjecturale.

La conclusion scientifique de cette journée revenait à notre éminent collègue le docteur Jean-François Lemaire dont l'érudition vient faire autorité pour donner à notre colloque sa valeur de référence dans le domaine napoléonien, de ses aspects scientifiques et politiques, des avancées modernistes de cette époque autant que de la misère anonyme des morts et des blessés. La présence de congressistes des Pays-Bas et de Belgique ajoutait à la satisfaction de notre auditoire, à la reconnaissance que nous marquions à la contribution de chacun des intervenants, organisateurs et promoteurs zélés, du docteur Jean-François Hutin, trésorier de la Société et historien de la médecine, de notre excellent collègue le docteur Benoît Vesselle, acteur résolu des évocations historiques, des personnes qui ont prêté aimablement leur concours à la logistique d'accueil et de remise des dossiers, ainsi qu'aux soutiens extérieurs qui ont bien voulu se joindre à notre programme académique, pour les sociétés du Crédit Agricole, du Souvenir napoléonien, de la Médicale de France, de Lagarrigue SAS, du Comptoir des monnaies, de Proteor, de Spronken 2013 et 2014, du Champagne Taittinger, du Conseil général de la Marne et du CHU de Reims.

Prolongeant notre soirée, le théâtre de l'Opéra recevait un public nombreux pour un concert donné par l'Orchestre d'harmonie du III^e canton de Reims, dans un programme évocateur des musiques de l'Empire, avec des compositions de Méhul, Lesueur, Adam et Tchaïkovsky, marches régimentaires en présence de militaires costumés et armés, ainsi que le Chant du départ entonné par la salle entière soulevée d'enthousiasme.

Dimanche 13 Avril : Les reconstitutions historiques des ambulances.

Musée Saint-Rémi.

Adossé à l'ample nef romane de la basilique de Saint-Rémi, son musée offre au visiteur l'attrait de riches collections dans ses bâtiments d'allure mansardienne. En cette circonstance, son jardin conventuel réunissait les acteurs costumés des campagnes napoléoniennes, soldats de l'infanterie de ligne, vivandières, campement improvisé autour des unités de santé, de leur matériel de chirurgie et de pharmacie, animés par les docteurs Vesselle, Baldivia et Leguay, portant avec authenticité leurs uniformes de service ou d'apparat dans une reconstitution remarquable de précision de l'ambulance de campagne,

COMPTE RENDU DE LA SEANCE DU 17 MAI 2014

celle qu'ils présentèrent le 13 mars précédent pour marquer le bicentenaire de la bataille de Reims-Tinqueux. Leur recherche personnelle dans le souci du détail contribue à la mise en lumière du travail sanitaire des ambulances du champ de bataille dont les perfectionnements techniques et logistiques acquis durant l'époque napoléonienne, formeront les structures de base des avancées futures de la Convention de Genève de 1864 dans sa dimension humaine et médicale. Cette reconstitution avec la participation de nos collègues médecins, historiens et experts, émanait de l'association dénommée : "Les Hussards de Lasalle de Montmirail", de façon concomitante à l'exposition présentée dans les salles du Musée Saint-Rémi dédiée à son hôpital militaire dont l'activité en 1814 porta secours aux combattants français et russes. Sur ce tableau final vivant et coloré, rehaussé d'un soleil généreux, se refermaient les pages d'une évocation de plein succès pour notre Société.

Lecture en sera faite à la séance de mai 2014.

COMPTE RENDU DE LA SEANCE DU SAMEDI 17 MAI 2014

La séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine s'est tenue sous la présidence de M. Francis Trépardoux, président de la SFHM, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, Rue de l'École de Médecine, 1er étage, 75006 Paris (métro Odéon).

1) Excusés

Danielle Gourevitch, Jacques Monet, Benoît Vesselle, Michèle Midol-Monet, Pierre Charon.

2) Lectures des procès-verbaux de la séance du 15 mars 2014 et de la sortie à Reims des 11 et 12 avril 2014

En l'absence du secrétaire de séance Philippe Albou lit les procès-verbaux qui sont approuvés à l'unanimité.

3) Élections

- Dr François Desquenne, qui travaille particulièrement autour de la figure de François Dubois, son grand-oncle, l'un des pionniers français de la chirurgie esthétique et réparatrice, dont il possède un certain nombre d'archives familiales. Parrains : Francis Trépardoux et Jean-Jacques Ferrandis.

- Jean-Bernard Cazalaa : médecin anesthésiste-réanimateur retraité, qui gère le site internet <http://www.char-fr.net>. Parrains : Patrick Berche et Philippe Albou.

- Nisen Abuaf, praticien hospitalier et maître de conférences à l'Hôpital Tenon, et M. Mohamed Moumaris, docteur en Sciences Médicales, travaillant sur la guerre de Crimée. Parrains : Philippe Bonnichon et Jean-Jacques Ferrandis.

- Jean-François Audouard, médecin généraliste à Valence, préparant un mémoire sur la transfusion sanguine. Parrains : Jean-François Hutin et Philippe Albou.

- Laurie Baveye-Kouidrat, doctorante en histoire médiévale à Lille. Parrains : Danielle Gourevitch et Jacques Gelis.

- Youssef Kouidrat, médecin endocrinologue à l'hôpital de Berck. Parrains : Jacqueline Vons et Francis Trépardoux.

- Fabien Noirot, artiste plasticien. Parrains : Jacques Monet et Francis Trépardoux.

4) Candidatures

- Dr Jean-Louis Garcia, qui exerce à Nancy et s'intéresse de longue date à l'histoire en général et à l'archéologie en particulier. Faisant des recherches sur l'histoire de la

médecine manuelle et de l'ostéopathie, avec aussi un intérêt pour certaines médecines anciennes : chinoise, égyptienne, arabe... Parrains : Drs Benoît Vesselle et Jean-François Hutin.

- M. Mikaël Maître, étudiant à l'Université Paris-Descartes, suit actuellement l'enseignement du Diplôme Universitaire d'Histoire de la médecine. Parrains : Patrick Berche et Pierre Thillaud.

- Dr Annie Douce, qui exerce la psychiatrie et la psychanalyse à Reims, s'intéresse à l'histoire de la médecine dans ses différents aspects. Elle a participé aux journées de la SFHM à Reims en avril 2014. Parrains : Jean-François Hutin et Benoît Vesselle.

- M. Gaston Leroux-Lenci, infirmier, passionné de l'histoire de la médecine aux armées, de l'Antiquité à la seconde restauration, avec une préférence marquée pour la Révolution et le premier Empire. Parrains : Benoît Vesselle et Jean-François Hutin.

- Dr Françoise Guillon-Metz, résidant à Argentan (Orne), qui s'intéresse à divers sujets d'histoire de la médecine, comme la paléopathologie, les diabétiques célèbres de l'histoire et la vie de Louis Le Pecq de la Clôture, un ami de Vicq d'Azyr. Elle a participé aux journées de la SFHM à Reims en avril 2014. Parrains : Jean-François Hutin et Benoît Vesselle.

- Mme Lyse Florès, interne de 2ème année en anesthésie-réanimation, qui s'intéresse à l'histoire de la médecine à travers la paléopathologie, les outils médicaux, les grandes épidémies en Europe et les malades célèbres dans l'histoire... Parrains : Delphine Dubois-Vallaud et Guillaume Yout.

- Dr Alexandre Gameiro, assistant en médecine vasculaire à l'hôpital de Libourne (Gironde), qui s'intéresse depuis plusieurs années à l'histoire de la médecine en s'attachant particulièrement à la paléopathologie, l'histoire des maladies infectieuses, et aussi le souvenir de l'école de Paris du début du XIXème (Laennec, Bichat...). Parrains : Philippe Charlier et Danielle Gourevitch.

- Mme le Dr Muriel Haddad, écho-doppleriste à l'hôpital de Montreuil, qui s'intéresse à l'histoire de la médecine avec une prédilection pour la période gréco-romaine, et pour les liens entre la médecine et la littérature française. Parrains : Francis Trépardoux et Philippe Albou.

5) *Communications*

- **Claude RENNER et Dalil BOUBAKEUR** : *Les ventouses de la Hijama.*

La Hijama est une saignée cultuelle instituée par Mahomet et qui appartient au corpus de la Médecine du Prophète. Elle fait appel à des ventouses à bec en verre soufflé, très caractéristiques, et très différentes de celles en usage dans le monde gréco-romain. Fabriquées entre le VIIème et le XIIIème siècle, utilisées en Syrie, Irak, Égypte, d'une extrême fragilité, peu d'entre elles sont parvenues jusqu'à nous pour en faire des objets médicaux rarissimes

- **Grégory Quin** : *Approche comparée des développements des pratiques médicales de "massage" et de "gymnastique" à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle (Angleterre, France, Allemagne, Suisse).*

Massage et gymnastique sont des pratiques ancestrales de l'art médical, néanmoins celles-ci semblent connaître un développement accéléré entre les années 1860 et au cours de la Première Guerre mondiale en Europe. Ces pratiques sont consacrées avec l'institutionnalisation d'une nouvelle discipline la "physiothérapie" ou "kinésithérapie", rassemblant les professionnels formés aux pratiques du massage et de la gymnastique. De fait, les déterminants de ce développement sont nombreux : spécialisation, professionnalisa-

COMPTE RENDU DE LA SEANCE DU 14 JUIN 2014

tion, transferts culturels, logiques géopolitiques et nationalistes, influence d'un courant suédois de la gymnastique.

- **Philippe ALBOU** : *La présence des volatiles, des animaux aquatiques et des insectes dans le langage médical.*

Après avoir évoqué en avril 2013, à l'école vétérinaire d'Alfort, la présence des mammifères dans le langage médical, l'auteur poursuit son panorama des métaphores animales utilisées en médecine, en s'attachant cette fois aux volatiles, aux animaux aquatiques et aux insectes. Le second volet de cette étude confirme, s'il en était besoin, que les animaux, ou du moins l'image que s'en faisaient nos prédécesseurs, ont été régulièrement présents dans la nosologie médicale.

La séance a pris fin à 17 h 30.

La prochaine séance aura lieu le samedi 14 Juin 2014, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, rue de l'École de Médecine, 1er étage, 75006 Paris (métro Odéon).

Jacques Monet,
Secrétaire de séance

COMPTE RENDU DE LA SEANCE DU SAMEDI 14 JUIN 2014

La séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine s'est tenue sous la présidence de M. Francis Trépardoux, président de la SFHM, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, rue de l'École de Médecine, 1er étage, 75006 Paris (métro Odéon).

1) *Excusés*

Simone Gilgenkrantz, Jean-François Hutin, Jacques Chevallier, Patrick Vincelet, Jean-Jacques Santini, Pierre Charon.

2) *Lecture du procès-verbal de la séance du 17 mai 2014*

Le secrétaire de séance Jacques Monet lit le procès-verbal de la séance du 17 mai 2014 qui est approuvé à l'unanimité.

3) *Élections*

- Dr Jean-Louis Garcia, qui exerce à Nancy. Parrains : Benoît Vesselle et Jean-François Hutin.

- M. Mikaël Maître, étudiant à l'Université Paris-Descartes. Parrains : Patrick Berche et Pierre Thillaud.

- Dr Annie Douce, psychiatre à Reims. Parrains : Jean-François Hutin et Benoît Vesselle.

- M. Gaston Leroux-Lenci, infirmier. Parrains : Benoît Vesselle et Jean-François Hutin.

- Dr Françoise Guillon-Metz (Argentan, Orne). Parrains : Jean-François Hutin et Benoît Vesselle.

- Mme Lyse Florès, interne en anesthésie-réanimation. Parrains : Delphine Dubois-Vallaud et Guillaume Yout.

- Dr Alexandre Gameiro, assistant en médecine vasculaire à Libourne. Parrains : Philippe Charlier et Danielle Gourevitch.

- Dr Muriel Haddad, écho-doppleriste à Montreuil. Parrains : Francis Trépardoux et Philippe Albou.

4) *Candidatures*

- Dr Jean-François Goudou, qui a exercé comme chirurgien orthopédiste à Toulouse. Membre de diverses sociétés savantes de Toulouse et des environs, il s'intéresse de

longue date à l'histoire de la médecine, à travers de nombreux articles dans le bulletin du Conseil de l'Ordre de Haute-Garonne (dont il fut le secrétaire général) et comme chargé de cours, pendant 10 ans, à la Chaire d'histoire de la médecine de la Faculté de Toulouse. Parrains : Jean-François Hutin et Philippe Albou.

- Pr Évelyne Berriot-Salvadore, qui avait obtenu le prix de la SFHM en 1994 pour son livre *Un corps, un destin. La femme dans la médecine de la Renaissance* (1993). Professeur de littérature française du XVI^{ème} siècle à l'université de Montpellier, elle a contribué, en lien avec la BIU Santé, à la réalisation de l'exposition virtuelle pour la commémoration du 500^{ème} anniversaire d'Ambroise Paré (toujours visible sur le site de la BIU Santé). Elle prépare actuellement une édition critique des *Œuvres complètes* du même auteur, en collaboration avec Jean Céard, pour les éditions Garnier. Parrains : Jacqueline Vons et Philippe Bonnichon.

- Mme Catherine Véron-Issad, cadre de santé à l'AP-HP et historienne de l'art, qui prépare actuellement une thèse sous la direction du Pr Colette Nativel à la Sorbonne. Elle fait des recherches centrées sur les scènes médicales dans la peinture de genre hollandaise du XVII^{ème} siècle, avec plusieurs articles publiés sur ce thème. Parrains : Jacqueline Vons et Francis Trépardoux.

5) Informations générales

1) Colloque international sur le thème "Gueules cassées, un nouveau visage", organisé à Paris les 17 et 18 octobre 2014. Renseignements sur <http://www.gueules-cassees-2014.org/>

2) Colloque international *Vesalius continuum* à Zakynthos-Zante (Grèce), lieu du décès de Vésale, du 4 au 8 septembre 2014. Tous renseignements sur <http://vesalius2014.be/>.

3) Le 44^{ème} *Congrès international d'histoire de la médecine* aura lieu cette année du 10 au 14 septembre 2014 à Tbilissi-Tiflis (Géorgie). Tous renseignements sur <http://ishm-congress-tbilisi2014.org/>

5) Journées d'histoire de la dermatologie à Lyon, les vendredi 19 et samedi 20 septembre 2014, organisées par la *Société Française des Sciences Humaines sur la Peau* et la *Société Française d'Histoire de la Dermatologie*. Renseignements auprès de Jacques Chevallier ou du secrétaire de séance. Le programme de ces deux journées sera envoyé prochainement par mail aux membres de la SFHM.

6) Appel à communications pour le colloque "Hôpitaux, médecine et guerres, du XVIII^{ème} siècle à nos jours", qui se déroulera du 15 au 17 octobre 2015 au CHU de Rouen ; contact : florence.lepouze@univ-rouen.fr.

7) Charcot, une vie avec l'image, exposition visible jusqu'au 8 juillet 2014 à Paris, *Chapelle de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière*.

6) Communications

- **Dominique MABIN** : *La mort inexpliquée de Blandine Liszt-Ollivier en 1862*.

La fille aînée de Liszt, Blandine Ollivier, née de l'union du musicien avec la comtesse d'Agoult, meurt deux mois après la naissance de son fils Daniel, le 11 septembre 1862, à l'âge de 26 ans. Les raisons de cette mort demeurent obscures. Certains biographes citent le fait sans commentaire, d'autres invoquent une septicémie liée à un abcès du sein. Les circonstances de son accouchement sont particulières, puisqu'il eut lieu à Gémenos, localité proche de Marseille, chez son beau-frère Charles Isnard, chirurgien, marié à Joséphine, sœur de son mari Émile Ollivier. Ce dernier, avocat à la Cour de Paris, député de la Seine, était retenu dans la capitale par ses obligations électives. On relève des contradictions entre la bonne santé de Blandine affichée durant sa grossesse et ce qu'on

apprendra plus tard après la publication de l'autobiographie de Richard Wagner, époux de Cosima, sœur de Blandine. Les étiologies invoquées sont nombreuses, compte-tenu de l'époque, d'origine organique ou psychogène. Le but de cette communication est de proposer l'hypothèse la plus probable, qui peut elle-même être discutée.

- **Danielle GOUREVITCH** : *Une campagne contre la loi de 1838 régissant le statut des aliénés* : Hector Malot, Léopold Turck, Théophile Huc.

Lorsque l'empire autoritaire laisse la place à l'empire libéral, avec notamment les élections législatives de 1863, les mécontentements s'expriment plus librement. La loi de 1838 relative à la situation des aliénés est ainsi une fois de plus l'objet d'une vague de critiques, notamment quant à l'interdiction et à la séquestration. On observera en particulier le rôle de trois personnalités dans cette campagne, chacune selon ses méthodes : Hector Malot qui n'est pas encore célèbre et qui en 1866 publie le roman *Un beau-frère*, sur une sinistre affaire de famille, avec internement d'un "innocent" ; le docteur Léopold Türck, ancien carbonaro, qui de sa province inonde l'opinion de pamphlets ; le juriste Théophile Huc. On en verra les effets, notamment la nomination d'une commission sénatoriale qui fait appel à deux psychiatres bien connus à l'époque, le "gentil" Calmeil, médecin-chef à Charenton, et le "méchant" Tardieu, célèbre pour son livre *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*.

- **Pierre L. THILLAUD** et **Jacques POSTEL** : *Ouvrage de dame à l'hôpital Sainte-Anne*.

En juillet 1974, une femme de 72 ans, pensionnaire du pavillon C de l'hôpital Sainte-Anne depuis 40 ans, se dévoile, au terme d'une violente rixe qui l'oppose une fois encore à sa voisine de chambrée, comme une formidable artiste. Internée au titre d'une paralysie générale depuis 1934 dans ce haut lieu de la paludothérapie, cette patiente s'adonne avec passion à la broderie. Son ouvrage de dame qui relève plutôt d'une parfaite expression de l'art brut cher à Jean Dubuffet, méritait d'être révélé

- **Jacqueline VONS** : *Pourquoi les femmes pleurent-elles plus que les hommes ?*

D'où proviennent les larmes ? Les femmes pleurent-elles plus que les hommes, et pourquoi ? Ijsbrand van Diemerbroeck (1609-1674), médecin à Utrecht au XVII^{ème} siècle, tente de répondre à ces questions dans un exposé d'une quinzaine de pages inséré dans son traité *Anatome corporis humani*. Selon la tradition, il considère les larmes comme une production de l'encéphale, il donne une explication mécanique de leur origine, mais continue à penser qu'elles ont pour fonction principale de purger le cerveau. En contrepoint, cette sécrétion exocrine suscite des interprétations moralisantes ou esthétiques dans la littérature et les arts contemporains de l'ouvrage de van Diemerbroeck.

La séance a pris fin à 17 h 30.

La prochaine séance de la SFHM aura lieu le samedi 25 octobre au Val-de-Grâce, dans l'amphithéâtre Rouvillois, 1, place Alphonse Laveran, 75005 Paris (Métro Port-Royal) ; le programme en sera communiqué en septembre.

Jacques Monet,
Secrétaire de séance

Saturnisme : vers une reconnaissance paléoépidémiologique ? *

par Anne BOURDIEU **

Le plomb est naturellement présent dans le sol et n'a aucune fonction dans l'organisme humain. Identifié dès la Préhistoire, ubiquitaire dans les sociétés occidentales depuis l'Antiquité, son emploi a connu un tournant à la révolution industrielle. Les utilisations les plus anciennes concernaient la vie domestique (canalisations, vaisselle, cosmétique, pharmacopée) et professionnelle (artisanat, métallurgie). Avec la révolution industrielle et ses corollaires, l'exode rural et l'urbanisation, l'exposition environnementale (pollution atmosphérique et retombées au sol), conséquence d'un emploi massif, s'est développée, accroissant le niveau d'exposition de la population générale. L'intérêt médical de l'étude du saturnisme tient à la convergence de plusieurs facteurs. Aucune catégorie n'est épargnée dans la population, les signes, généralement frustrés, ne sont pas spécifiques même si la symptomatologie varie volontiers avec l'âge et le sexe. La maladie peut être grave, voire létale, et avoir des répercussions sociales (stérilité, anomalies du développement du fœtus...). L'os se comportant comme un réservoir à l'égard du plomb, des relargages peuvent se produire à des décennies de distance, l'anamnèse de l'exposition se révélant alors souvent difficile voire non évoquée. De plus des études récentes ont montré l'existence de signes cliniques pour des plombémies satisfaisant aux normes réglementaires ou des corrélations entre la concentration en plomb du tibia et le déclin de fonctions cognitives. L'errance diagnostique est donc un risque majeur en pratique clinique et les sources secondaires ne sont que de peu de secours en paléopathologie. Le recours à des méthodes de mesure physico-chimiques sur l'os prend alors tout son sens pour un diagnostic rétrospectif, individuel et posthume, tout autant que pour une évaluation de la prévalence à l'échelle d'une population. Quelles sont les autres difficultés à affronter dans l'optique d'une étude de paléoépidémiologie du saturnisme ?

Peut-on mesurer un effet clinique ?

Le plomb osseux reflète la charge totale de l'organisme à l'équilibre lors d'une exposition chronique. Stockages cortical et spongieux n'ont pas la même signification métabolique. Une mesure dans l'os compact (zone médiane du tibia par exemple) reflète l'essentiel du plomb osseux, soit plus de 90 % de la charge corporelle totale du métal. L'os spongieux (mesuré le plus classiquement au calcaneum) renferme un plomb biologique-

* Séance de mars 2014.

** 1, avenue du Val Fleuri, 83000 Toulon. mem389@orange.fr

ment actif, aisément mobilisable. La relation entre les valeurs de plomb dans le sang et l'os n'est pas linéaire. Or les corrélations biologico-cliniques ont été essentiellement établies en se basant sur la plombémie. Inférer une expression clinique à partir d'une teneur en plomb osseux ne paraît pour l'heure pas suffisamment étayé scientifiquement. De cette absence de linéarité et d'une surveillance des vivants essentiellement assurée par dosages sanguins découle le problème de la détermination de seuils osseux pour l'intoxication au plomb. En réponse, des dosages ont été effectués sur des individus exposés exclusivement au plomb tellurique préindustriel, retrouvant un plomb osseux le plus souvent comprise entre 10 et 20 ppm. Zapata en 2006 a repris comme référence pour l'os moderne la limite de 50 ppm. Plus récemment a été proposée une valeur de plomb osseux tibial de 15-20 $\mu\text{g/g}$ d'os, jugée admissible dans le cadre de la santé au travail et dérivée du concept de plombémie cumulée. Un autre écueil à la définition de cas d'intoxications paléopathologiques réside en la variabilité des concentrations entre os et l'inhomogénéité de répartition au sein d'un même os. La teneur en plomb augmente en outre avec l'âge dans l'os cortical, peut-être avec le sexe masculin. Dans son étude de 2002 sur os autopsique, Wittmers n'a pas mis en évidence de relation entre position et concentration du plomb au long de la corticale tibiale diaphysaire ni métaphysaire.

Ce que l'on trouve est-il ce que l'on cherche ?

La taphonomie reste l'un des problèmes les plus prégnants en anthropologie biologique. Dans le cas présent les cations divalents Pb^{++} stockés au niveau des cristaux d'hydroxyapatite en place de cations Ca^{++} s'échangent avec le milieu extérieur, et ce vers le gain ou la perte. Autre mécanisme évoqué : les phosphates de l'os entrent en compétition pour fixer le plomb soluble associé aux carbonates dans le sol. Or les conditions hydrologiques, physico-chimiques à l'œuvre ne peuvent être modélisées ni leurs effets prédits. Une corrélation entre teneurs en plomb du sol et de l'os a initialement été interprétée comme une preuve de contamination, puis une disposition du métal à la corticale ou en gradient décroissant à partir du périoste a prévalu pour orienter vers une origine taphonomique posthume plutôt que métabolique *ante mortem*. Enfin l'analyse des arrangements structuraux du plomb dans les cristaux intégrée dans des phénomènes plus généraux de redéposition-reminéralisation s'est avérée plus complexe à interpréter, déminéralisation et recristallisation étant présentées comme des processus endogènes à chaque tissu osseux, modulés par les conditions extérieures. Des critères à la taphonomie propres, comme la perte des protéines, la déminéralisation, la destruction microfocale et la tunnelisation de la corticale, la valeur du rapport Ca/P ont également été proposés comme appui à l'interprétation.

Des parades au piège taphonomique ?

L'approche de la taphonomie s'organise autour de plusieurs axes : microscopie de type électronique à transmission, diffraction des rayons X, identification et quantification d'éléments-traces en tant que marqueurs de contamination. Les concentrations d'éléments rares (Al, Ce, Fe, Mn, Ti...) étant en effet moins variables dans le sol que celle du plomb, leur teneur dans l'os, où ils n'ont pas vocation à s'accumuler, hors intervalle attendu fait évoquer un mécanisme diagenétique. La confrontation avec le ratio isotopes du plomb osseux - sol d'inhumation permet d'obtenir un argument supplémentaire. La technique des isotopes stables est d'utilité même en l'absence de données sur la composition du sol d'inhumation en recourant au calcul de ratios qui orientent en eux-mêmes vers une origine non radiogénique et/ou à la composition dentaire, renseignant sur le

niveau d'exposition et les régions de résidence antérieure (l'émail central étant réputé le moins sensible à la taphonomie). Elle peut être aussi proposée pour évaluer l'existence d'échanges entre un cercueil en plomb et les ossements qui y sont déposés. L'isotopie du plomb en paléogéologie et paléoenvironnement peut constituer une aide à l'interprétation des résultats en définissant une synchronie entre os à teneur en plomb élevée et époque et lieu d'existence connus comme fortement exposés. Cette concordance permettrait de ne pas être écartée au titre de la taphonomie mais au contraire d'évoquer un processus biogénique par inhalation et ingestion. Renouveler l'expérience de prélèvements étagés sur la longueur et l'épaisseur d'os archéologiques, en y associant notamment la quantification des éléments rares, nous semble nécessaire, l'étude de Wittmers n'étant pas exempte de critique ni de contradicteurs.

Un biais de sélection, à savoir le choix d'os macroscopiquement bien préservés, ce qui ne préjuge pas de leur microstructure, a été fréquemment relevé. Wittmers suggère des méthodes de préparation : retrait d'un mm d'os, en contradiction avec ses propres constatations de schémas multiples de répartition du plomb, allant de diffuse à majoritairement périphérique. Il propose également un bain d'acétate de sodium qui ne solubiliserait pas les complexes d'hydroxyapatite formés *ante mortem*.

Les résultats en eux-mêmes peuvent comporter des arguments négatifs : absence de variation avec l'âge et le sexe (hors exposition ciblée), résultats discordants des mesures sur by-products de métallurgie (Ag, Cd, Zn) dont l'évolution doit en toute logique suivre celle du plomb en cas de pollution anthropique. Certains auteurs ont avancé l'exclusion des résultats dont le ratio élément mesuré/Calcium varie de plus d'un facteur 10 par rapport à la mesure la plus faible pour l'élément en question. D'autres proposent la comparaison avec les résultats des mesures sur os animaux du même site quand elle est possible. Sur un plan quantitatif, Zapata a rapporté une équation de calcul des concentrations à l'équilibre par élément sur os frais en fonction de la qualité de l'eau de ruissellement. Sur cette base le seuil de 100 ppm a été proposé pour le plomb comme seuil d'alerte d'une éventuelle contamination.

Un choix de zone de mesure plus pertinent ?

La diaphyse fémorale, la patella, les métacarpes, les côtes et le tibia principalement ont été le substratum des mesures. Les données chiffrées résultant de dosages multi os - multi sites nécessiteraient d'être confrontées sur des collections d'ostéothèques, documentées au plan de l'exposition *ante mortem* et de la conservation *post mortem*. Cette évaluation constituerait une opportunité pour effectuer des comparatifs entre techniques. En effet, les unités d'expression des résultats ont changé au fil des publications (rapport sur os frais, sec, cendres...), comme certains référentiels ou systèmes de calibration.

Les côtes ont régulièrement fait l'objet de mesures. Or comparativement à un fémur, leur surface est plus poreuse et leurs dimensions bien inférieures ; elles sont fréquemment mal conservées, ajoutant des motifs supplémentaires de biais. Leur structure essentiellement trabéculaire et leur renouvellement rapide en font le reflet d'un niveau de métal mobilisable au moment du décès. Elles sont jugées plus sensibles à la taphonomie. De fait nombre d'auteurs ont arrêté leur choix sur la diaphyse des os longs, fémur ou surtout tibia (structure corticale). Aucune publication n'a confirmé, semble-t-il, une équivalence au sein de chaque groupe, os à prédominance corticale et spongieuse, en matière de dosage et de repérage de l'intoxication au plomb. Wittmers lui-même ne reprend pas son équation de 1988 conçue pour déterminer la charge de quatre os de proportion

corticale/trabéculaire variable une fois la teneur d'un cinquième connue et calculer la charge corporelle totale en plomb. Nous proposons de questionner la pertinence du repérage de zones de mesure face à la problématique de l'inhomogénéité du dépôt du plomb, afin de vérifier l'éventualité de sa présence en regard d'une lésion, même cicatricielle, sur un aspect macroscopique plus volontiers rapporté au saturnisme dans la littérature (bande métaphysaire de la fibula proximale, sclérose des métaphyses, remodelage avec histologiquement diminution du nombre des tubules), ou aspécifique (remodelage sous-osseux métaphysaire). En effet, malgré la possible absence de plomb *in situ* suite au remodelage osseux permanent, une lésion cicatricielle aspécifique peut constituer un point d'appel. Pour le cas particulier des bandes métaphysaires radiologiques, le dépôt d'ions Pb^{2+} se fait préférentiellement dans la zone de croissance et entraîne une inhibition non spécifique des ostéoclastes, donc une augmentation relative de l'ostéogenèse, une épaisseur et un nombre de travées de la métaphyse plus importants, mais l'aspect peut également correspondre à un dépôt de calcium. Les bandes métaphysaires en lien avec le saturnisme sont radiologiquement uniformes, continues, nettement délimitées, ce qui les différencie de celles en rapport avec des arrêts de croissance. L'affinité du plomb pour les zones de remodelage intense est possiblement le *primum movens* de l'accumulation constatée en zone sous-chondrale fémorale et patellaire non lésée d'une série autopsique sans exposition au plomb, étude qui ne semble pas avoir été reprise sur os archéologique.

Les dents occupent une place centrale dans l'histoire de l'étude de la charge corporelle en plomb. Plusieurs méthodes et supports coexistent : dents déciduales ou permanentes, émail, dentine, notamment circumpulpaire, dosage du plomb élément et/ou de ses isotopes stables. Dans les dents déciduales, la dentine porte trace de l'exposition de la petite enfance, l'émail celle de la vie intra-utérine (soit 0,6 à 1 fois l'exposition de la mère via son plomb circulant placentaire).

Que peuvent apporter les techniques d'identification et de dosage du plomb osseux ?

Les techniques dérivées de la spectrométrie d'absorption, en premier lieu la spectrométrie d'absorption atomique, constituent actuellement la référence pour la quantification du plomb osseux. D'autres sous-types coexistent : spectrométrie de masse à plasma induit à haute fréquence, spectrométrie de masse avec plasma à couplage inductif (ICP-MS), Magnetic sector Inductively-Coupled Plasma Mass Spectrometer (HR-ICP-MS)... L'ablation laser peut être adjointe à la spectrométrie de masse à plasma induit (LA-ICP-MS), par exemple pour établir la cartographie dentaire de l'exposition au plomb d'un individu. À noter que des spectromètres portatifs, certains "spécialisés" dans la quantification d'éléments précis, sont commercialisés. La fluorescence X est une autre technique de référence, elle est parfois associée à une diffraction aux rayons X pour obtenir concomitamment des informations sur la structure osseuse.

Les techniques microscopiques également ont connu des développements au fil des publications : back-scattered scanning electron microscopy (SEM), scanning electron microscopy-energy-dispersive X-ray spectroscopy (SEM-EDS)... Une des techniques les plus employées et informatives est la quantification des isotopes stables du plomb et le calcul de ratios : $^{208}Pb/^{204}Pb$, $^{207}Pb/^{204}Pb$, $^{206}Pb/^{204}Pb$, $^{207}Pb/^{206}Pb$, $^{208}Pb/^{206}Pb$... Est préférentiellement utilisée pour leur détermination l'ICP-MS, à récepteur simple ou multiple (multi collector MC). Ce dernier type permet la mesure simultanée de plusieurs éléments

et celle des isotopes dits non traditionnels (Cu, Fe, Sn...). Certaines des techniques de détection du plomb les plus récentes, par exemple colorimétrique ou voltamétrique, n'ont pas donné lieu à des publications sur du matériel ostéologique, nous ne les aborderons donc pas.

Le saturnisme, une étude à intégrer dans un contexte bien plus vaste

Quels éléments complémentaires peuvent-ils être attendus d'une étude centrée sur le plomb ? Permettant l'obtention de données sur de multiples éléments chimiques, l'interprétation des études isotopiques du plomb convoque d'autres domaines de l'anthropologie, l'archéologie, l'archéozoologie, la paléogéologie...

L'existence d'une signature isotopique du minerai par gisement ou la possibilité de l'approximer, les cartographies, locales ou à grande échelle, permettent la réalisation d'études de migration de population et de peuplement de sites, par exemple au Pérou ou lors des invasions romaines, par le traçage des expositions individuelles. Une approche de l'alimentation est également possible, bien que le zinc et surtout le strontium lui soient habituellement préférés dans ce cadre. De véritables enquêtes ont néanmoins été menées pour attribuer à du plomb osseux son origine chez des populations archéologiques ou des individus vivants atteints de saturnisme : poussières domestiques ou industrielles, peinture, canalisation, eau de boisson, céramique de cuisson, cosmétique... Ce "fingerprinting" du plomb permet également l'analyse du paléoenvironnement en retraçant l'histoire de la pollution anthropique, de ses sources et de l'évolution dans le temps de sa distribution. La distribution des fréquences des intoxications et leurs niveaux estimés dans les populations étudiées devraient recouper les deux pics d'émission atmosphérique historiquement décrits, à savoir l'empire romain et l'après révolution industrielle.

La détermination de l'origine du plomb présent dans les artefacts par l'identification de sa signature isotopique permet de formuler des hypothèses sur les échanges commerciaux, l'évolution des emplois du plomb ou la chronologie de techniques à partir de banques de données isotopiques des gisements et minerais, par exemple OXALID (Oxford Archaeological Lead Isotope Database from the Isotracer Laboratory), ou dédiées aux simulations des propriétés thermodynamiques des solutions, comme Fact-Sage. Actuellement, la signature isotopique du plomb d'un résidu d'exploitation peut permettre de comprendre certains procédés métallurgiques d'une chaîne opératoire et de les lier au contexte géologique d'une époque donnée. Par exemple au Moyen Âge, du plomb était ajouté en début de réduction du minerai pour faciliter l'extraction de l'argent des galènes fortement plombifères, aggravant les conditions d'exposition des artisans. Une étude de 2013 a permis de mettre en évidence, ici par diffraction aux rayons X, la galène et la césurite de briques vernissées iraniennes datant de 1 300 avant notre ère. Or la toxicité des composés du plomb dépend pour partie de leur forme chimique. Il s'agit peut-être d'une nouvelle voie de recherche liant histoire des techniques et de la médecine.

En archéologie et en anthropologie funéraire, l'isotopie peut aider au repérage d'ateliers, de groupes humains exposés à un niveau comparable, par exemple dans le cadre de zonage de cimetières. Des reconstitutions de classes sociales ont également été conduites, notamment en incluant une évaluation en parallèle de l'alimentation et de l'exposition environnementale. Ainsi les modes de vie de fermiers, commerçants et samurai japonais de l'époque Edo ont pu être comparés en mettant en évidence le rôle du maquillage en termes d'intoxication saturnine chez les citadines. Des conclusions ont été tirées sur les habitudes alimentaires, l'impact de la distribution d'alcool distillé au contact du plomb,

les marqueurs d'ascension sociale, les lieux de naissance, la faible natalité et la vision raciste du retard intellectuel dû au saturnisme dans plusieurs communautés d'esclaves du nouveau continent du XVII^{ème} au XIX^{ème} siècle. Les marqueurs d'états pathologiques, paramètres anthropométriques, d'archéo-anthropologie funéraire (traces de rituels d'inhumation, artefacts...) doivent être intégrés pour une approche paléodémographique. Outre son caractère cancérigène probable, le plomb est vraisemblablement un cofacteur de plusieurs pathologies. Divers mécanismes physiopathologiques ou pathologies interfèrent en effet avec son métabolisme, certains sont clairement le reflet de carences alimentaires et de mauvaises conditions socio-économiques. La dénutrition, l'alimentation riche en graisses, pauvre en fer, en calcium, en zinc augmentent l'absorption du plomb dont la biodisponibilité passe de 2,3 % à 34 % en cas d'ingestion en période de jeûne. À l'opposé, l'ostéoporose, le rachitisme ou toute cause de remodelage osseux (fracture, tumeur...) augmentent son relargage. Tous signes de fragilité et de mauvaises conditions socio-économiques sont donc d'importance dans l'étude du saturnisme : cribra orbitalia, hypoplasie linéaire de l'émail, retard de croissance, ostéoporose, ostéomalacie, scorbut, enthésopathies, fréquence des caries et des signes d'infection contre rareté des DISH...La goutte saturnine pourrait être recherchée avec profit par HPLC, malgré une apparente rareté macroscopique paléopathologique. Les signes d'intoxication associée, comme la perforation du septum nasal dans le cadre d'une exposition au cuivre, peuvent asseoir la reconstitution d'un mode de vie.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLGREN L. et coll. - "In-vivo determination of lead in the skeleton after occupational exposure to lead", *Br J Ind Med*, 1980 ; 37 : 109-113.
- BARON S. et coll. - "Géochimie isotopique du plomb en archéologie minière et métallurgique : exemple du Mont Lozère dans les Cévennes", *Archéosciences*, 2010 ; 34 : 149-157.
- BARON S. et coll. - "How mineralogy and geochemistry can improve the significance of Pb isotopes in metal provenance studies", *Archaeometry*, 2013 accessible en ligne, doi: 10.1111/arc.12037.
- BRICKLEY M. et coll. - "An investigation of skeletal indicators of vitamin D deficiency in adults : effective markers for interpreting past living conditions and pollution levels in 18th and 19th Century, Birmingham, England", *Am J Phys Anthropol* 2007 ; 132 : 67-79.
- BUDD P. et coll. - "Human tooth enamel as a record of the comparative lead exposure of prehistoric and modern people", *Sci Total Environ*, 2000 ; 263 : 1-10.
- DE VLEESSCHOUWER F. et coll. - "Atmospheric lead and heavy metal pollution records from a Belgian peat bog spanning the last two millennia : human impact on a regional to global scale", *Sci Total Environ*, 2007 ; 377 : 282-295.
- École des Hautes Études en Santé Publique- Centre Scientifique et Technique du Bâtiment - Institut de Veille Sanitaire - Assistance Publique, Hôpitaux de Paris, Laboratoire de toxicologie de l'hôpital Lariboisière. *Volet analyses isotopiques du projet "Plomb Habitat" - déterminants des plombémies liés à l'habitat : rapport final à l'Anses, agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail*. Rennes, octobre 2010.
- GLEN-HADUCH E. et coll. - "Cribra orbitalia and trace element content in human teeth from Neolithic and Early Bronze Age graves in Southern Poland", *Am J Phys Anthropol* 1997 ; 103 : 201-207.
- GULSON B. - "Stable lead isotopes in environmental health with emphasis on human investigations", *Sci Total Environ*, 2008 ; 400 : 75-92.
- HANSON D.B. et coll. - "Histomorphological alteration in buried human bone from the Lower Illinois Valley : implications for palaeodietary research", *J Archaeol Sci* 1987 ; 14 : 549-563.

SATURNISME : VERS UNE RECONNAISSANCE PALÉOÉPIDÉMIOLOGIQUE ?

- KOMAREK M. et coll. - "Lead isotopes in environmental sciences : a review", *Environ Int* 2008 ; 34 : 562-577.
- LAPERCHÉ V. et coll. - *Guide méthodologique du plomb, appliqué à la gestion des sites et sols pollués* Rapport final BRGM/RP-52881-FR, 2004.
- LICARION P. et coll. - "Multivariate optimization of the voltammetric determination of Cd, Cu, Pb and Zn at bismuth film. Application to analysis of biodiesel", *Microchem Journal* 2013 ; 110 : 417-424.
- NAKASHIMA T. et coll. - "Lifestyle-determined gender and hierarchical differences in the lead contamination of bones from a feudal town of the Edo period", *J Occup Health* 2007 ; 49 : 134-139.
- PATTERSON C. et coll. - "Natural skeletal levels of lead in *Homo sapiens sapiens* uncontaminated by technological lead", *Sci Total Environ* 1991 ; 107 : 205-236.
- POWER M.C. et coll. - "Lead exposure and rate of change in cognitive function in older women", *Environ Res* 2014 ; 129 : 69-75.
- PYE K. et coll. - "Elemental analysis of soil samples for forensic purposes by inductively coupled plasma spectrometry - precision considerations", *Forensic Sci Int* 2006 ; 160 : 178-92.
- RABER S.A. - "The dense metaphyseal band sign", *Radiology*, 1999 ; 211 : 773-4.
- RENZI M. et coll. - "Non-ferrous metallurgy from the Phoenician site of La Fonteta (Alicante, Spain) : a study of provenance", *J Archaeol Sci*, 2009 ; 36 : 2584-96.
- RIVA M.A. et coll. - "Lead poisoning : historical aspects of a paradigmatic "occupational and environmental disease", *Saf Health Work*, 2012 ; 3 : 11-16.
- SAAVEDRA R. et coll. - "Determination of lead (II) by thermal lens spectroscopy (TLS) using 2-(2'-thiazolylazo)-p-cresol (TAC) as chromophore agent", *Microchem Journal*, 2013 ; 110 : 308-313.
- SALIGNAC P. et coll. - "En finir avec le saturnisme professionnel : intérêt de la plombémie cumulée", *Arch Mal Prof Env*, 2011 ; 72 : 256-260.
- SCHROEDER H. et coll. - "Childhood lead exposure in an enslaved African community in Barbados : implications for birthplace and health status", *Am J Phys Anthropol*, 2013 ; 150 : 203-209.
- SCHÜTZ A. et coll. - "Chelatable lead versus lead in human trabecular and compact bone", *Sci Total Environ*, 1987 ; 61 : 201-209.
- STOJANOWSKI C.M. et coll. - "Phenotypic approaches for understanding patterns of intracemetery biological variation", *Yrbk Phys Anthropol*, 2006 ; 49 : 48-88.
- SWINSON D. et coll. - "High performance liquid chromatography (HPLC) in the investigation of gout in paleopathology", *Int J Osteoarchaeol* 2010 ; 20 : 135-143.
- TURNER B.L. et coll. - "Diet, residential origin, and pathology at Machu Picchu, Peru", *Am J Phys Anthropol*, 2012 ; 149 : 71-83.
- WALDRON H.A. et coll. - "Lead concentrations in bones and soil", *J Archaeol Sci*, 1979 ; 6 : 295-8.
- WALDRON H.A. - "Postmortem absorption of lead by the skeleton", *Am J Phys Anthropol* 1981 ; 55 : 395-398.
- WALDRON H.A. - "On the post-mortem accumulation of lead by skeletal tissues", *J Archaeol Sci* 1983 ; 10 : 35-40.
- WALTER P. et coll. - "Appareils portables pour l'analyse des œuvres d'art aux rayons X", *Bulletin Instrumentation et applications* Laboratoire d'archéologie moléculaire et structurale UMR 8220, CNRS/UPMC, Paris, 2011.
- WITTMERS L. et coll. - "Archaeological contributions of skeletal lead analysis", *Acc Chem Res* 2002 ; 35 : 669-675.
- ZAPATA J. et coll. - "Diagenesis, not biogenesis : two late Roman skeletal examples", *Sci Total Environ*, 2006 ; 369 : 357-368.
- ZOEGER N. et coll. - "Lead accumulation in tidemark of articular cartilage", *OsteoArthritis and Cartilage*, 2006 ; 14 : 906-913.

RÉSUMÉ

Le plomb est un marqueur d'habitation et d'activité. Il est surtout le facteur étiologique et le marqueur de pathologies qui peuvent elles-mêmes expliquer et/ou potentialiser un mauvais état sanitaire, et il requiert pour son interprétation une vision globale de l'état de la population. L'application à de grands échantillons déjà étudiés sur le plan anthropobiologique permet d'attendre légitimement des conclusions sur saturnisme et sex ratio, âge, classes socioprofessionnelles, donc de confronter les données historico-sociologiques à des éléments quantifiés objectivement sur des séries ostéologiques. Plusieurs pré-requis et précautions s'imposent toutefois. Au vu des difficultés générées par l'étude du saturnisme le recours à la multiplication des approches s'impose : définition d'os de référence ou validation d'une distribution préférentielle, repérage des zones de mesure plus sensibles à mettre en balance avec les indices de taphonomie, comparaison des méthodes de mesure entre elles, croisement des techniques (histologie, isotopie) et des supports (sols, artefacts), recherche d'incohérences (seuils d'alerte, évolutions discordantes de ratios), intégration d'une étude paléopathologique, des données de l'environnement et des activités humaines... Seront donc requises une grande interdisciplinarité et des phases intermédiaires sur échantillons de populations ciblées ostéologiquement et en fonction de données historico-sociologiques. Secondairement l'application de la (des) méthode(s) retenue(s) sur des séries ostéologiques d'effectifs statistiquement significatifs, non sélectionnées, permettrait une approche paléopidémiologique du saturnisme et sa resituation dans le contexte socio-environnemental qui correspond à sa physiopathologie.

SUMMARY

Lead is a major public health issue. Its use has been increasing since Neolithic times, climaxing in the Ancient Rome and the nineteenth century. Defining the frequency of plumbism before modern times proves to be a difficult matter because of its various and delayed symptoms, and of diagenetic processes affecting bones. After reviewing various methods of lead measurement in bone and tooth, we will expose ways to ascertain lead measurement interpretation in order to estimate the epidemiology of plumbism in ancient times.

Le vieillissement dans la forêt amazonienne : défis et perspectives *

par Euler Esteves RIBEIRO **

Le contexte démographique et épidémiologique en Amazonie

Le phénomène de transition démographique survenu le long du XX^{ème} siècle provoque de profonds changements dans le panorama épidémiologique populationnel puisque la diminution de la fécondité et de la mortalité infantile a entraîné une augmentation du nombre de personnes âgées dans la population, par conséquent, une augmentation des maladies chroniques non transmissibles. Étant un phénomène qui dépend de facteurs macro environnementaux, socioéconomiques et ethnico- culturels, le processus de transition démographique garde une hétérogénéité et une spécificité très grande dans le même pays. Pour cette raison, en termes démographiques les populations de l'Amazonie, surtout celle de l'État de l'Amazonas, expérimentent en ce moment un fort déclin des niveaux de fécondité et mortalité, par conséquent une augmentation de l'expectative de vie à la naissance. Alors qu'en 2007 le Brésil présentait une espérance de vie à la naissance de 72,48 ans, dans l'État de l'Amazonas cet indicatif était légèrement plus bas (71,60 ans).

En conséquence des changements d'âge et l'augmentation de la population âgée, ce processus de vieillissement modifie considérablement les demandes sociales. Ceci à cause des dépenses sociales liées à la santé des nouveau-nés et de leurs mères, le traitement des maladies infectieuses parasitaires et les dépenses de l'éducation, s'y associent les traitement des maladies chroniques non-transmissibles et les pressions sur la prévoyance sociale. Ce changement dans le panorama épidémio-démographique régional de l'Amazonie indique la nécessité d'efforts institutionnels et gouvernementaux pour comprendre le phénomène et la dynamique de son vieillissement afin d'établir des politiques publiques efficaces et fortement basées sur la réalité socio-économique et ethno-culturelle de la région.

Cependant, faire des recherches sur le vieillissement en Amazonie et développer des programmes de santé stratégiques, continus et efficaces demande d'énormes défis. Ceci, parce que l'Amazonie au contraire des autres régions brésiliennes et sud-américaines représente un "bouillon" ethnique qui regroupe au moins 184 peuples indigènes, des communautés traditionnelles riveraines, en plus de la population urbaine qui est forte-

* Séance de mars 2014.

** Aux bons soins de Jacques Monet, 107, rue de Reuilly, 75012 Paris.

ment concentrée à Manaus (considérée comme une ville-état). Dans ce sens, les sociétés amazoniennes présentent les aspects démographiques suivants : 1) petite densité démographique régionale. D'après l'Institut Brésilien de Géographie et Statistique (IBGE, 2009) il existe près de 22 millions d'habitants distribués en trois millions et demi de km². 2) haut niveau de croissance par migration très marqué les trente dernières années ; 3) haute concentration urbaine dans la capitale de l'État et la région métropolitaine ; 4) une population de six millions d'individus qui rassemblent les dénommés "Peuples Traditionnels".

En plus de ces spécificités l'espace amazonien est formé par les liens société-écosystème avec des caractéristiques différentes par rapport au reste du pays surtout en ce qui concerne la nature locale et ses formes d'occupation et d'exploitation. Ce contexte affecte directement le profil épidémiologique de la personne âgée. Par exemple, d'après les données de l'IBGE, en 2007, 26,5% des personnes âgées meurent de maladies cardiovasculaires, 17,5 % de maladies respiratoires et 8,5% de néoplasies. Ces données se rapprochent de celles observées dans les régions plus développées du pays. Cependant, les maladies infecto-parasitaires occupent encore la quatrième place des causes de mort dans cette tranche d'âge (8,3%). Difficilement ces taux baisseront vers les valeurs proches de celles observées dans les régions sud-est et sud, vu que l'exposition aux maladies tropicales est continue. Dans ce contexte, il existe une nécessité urgente de développement d'études continues sur la santé et le vieillissement des personnes âgées de l'Amazonie que des politiques publiques consistantes basées sur la réalité régionale doivent subsidier. Dans cette perspective, il a été réalisé des investigations sur des indicateurs gérontologiques en 1999 dans la ville de Itacoatiara (Ribeiro, 2000) et par la suite à Manaus (Ribeiro et al. 2006). Ces premières études sur le vieillissement de la personne âgée de la forêt ont joué un rôle fondamental dans la construction des fondements et dans l'implantation et consolidation de l'Université Ouverte du Troisième Âge dans l'Université de l'État de l'Amazonas (UnATI-UEA).

L'Université Ouverte du Troisième Âge en tant que mobilisatrice d'actions dans le domaine du vieillissement et Santé dans l'Amazonie.

L'Université de l'État de l'Amazonas (UEA), créée par le gouvernement de l'État de l'Amazonas le 1er février 2001, par la loi n 2.637 et instituée par le Décret n 21.666, a comme objectif promouvoir l'éducation, le développement du savoir scientifique, particulièrement sur l'Amazonie en accord avec les valeurs éthiques capables d'intégrer l'homme à la société et d'améliorer la qualité des ressources humaines existantes dans la région. Pour implanter et consolider ses objectifs l'UEA a ouvert un espace pour les études et la qualification dans le domaine de la santé comme la médecine tropicale, mais également dans des domaines émergents et d'une importance capitale pour l'Amazonie comme celui du vieillissement de la population. C'est ainsi qu'en 2007 il a été implanté dans cette institution, l'Université Ouverte du Troisième âge – UnATI. Par son action stratégique et interdisciplinaire l'UnATI est un organisme institutionnel directement liée au bureau du Recteur agissant de pair avec l'École Supérieure des Sciences de la Santé (ESA) à travers la Résolution 020/2007 – CONSUNIV. L'UnATI a été idéalisée sous la lumière des statuts de la Personne Âgée et de l'Arrêté n 2.528/GM qui disposent sur la politique Nationale de Santé de la Personne Âgée qui incluent la nécessité de développement et d'amplification de stratégies dont l'objectif soit de récupérer, maintenir et promouvoir l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée dirigeant les mesures

collectives et individuelles de santé en accord avec les principes et les directives du Système Unique de Santé (SUS). Pour son implantation l'UnATI a compté sur le soutien inconditionnel de l'UnATI de l'Université de Rio de Janeiro qui est un Centre Collaborateur de l'OPAS/OMS pour la Santé du Troisième Âge et qui est un collaborateur infatigable. Il est important de relever que le modèle des UnATIs est reconnu dans le monde entier comme une réussite dans le domaine des soins aux personnes âgées car elles traitent des problématiques gérontologiques à partir d'une vision systémique qui utilise des programmes pédagogiques spécifiques, valorise la connaissance des croyances et des valeurs de cette tranche d'âge qui sont fondamentales dans le processus de maintien de la santé et de la qualité de vie de personnes âgées, en respectant les spécificités et les différences régionales qui sont d'une grande importance dans ce contexte. Ainsi, l'UnATI à travers son lien direct et indéniable avec l'Université de l'État de l'Amazonas, incorpore les objectifs majeurs de cette institution qui la maintient et dirige son objectif spécifique vers l'étude du vieillissement et de la santé en Amazonie.

Objectifs Généraux de l'UnATI-UEA

L'UnATI a comme objectif principal de développer une attention qualifiée à la santé et au vieillissement de la personne âgée en Amazonie appuyée sur les axes de l'éducation, de la recherche, de l'extension et de la divulgation scientifique regroupant de façon systémique tous les aspects de l'environnement, socioculturels, juridiques, épidémiologiques et biogénétiques. Pour atteindre cet objectif majeur, l'UnATI présente de grands objectifs spécifiques appuyés sur le trinôme enseignement, Recherche, Extension et divulgation agglutinés dans des programmes exécutifs.

Programme d'Éducation Gérontologique : former des compétences locales dans le domaine de la gérontologie afin de former ressources humaines internes et externes à l'Université avec une masse critique et qui qualifient l'attention à la personne âgée en aidant le développement de modèles d'assistance à la personne âgée subsidiée dans un référentiel théorique consistant et agglutinant et d'un intérêt pour les politiques publiques.

Programme de Recherches sur la personne âgée de la forêt : identifier et comprendre le processus du vieillissement et de la vieillesse en Amazonie, focalisant les problèmes associés à la nature sociale, juridique et de l'environnement qui influencent le vieillissement biologique et la santé des aînés, afin de subsidier la compréhension du processus du vieillissement en Amazonie et d'établir des partenariats de recherche avec des institutions nationales et internationales qui comprennent surtout des populations ethniques et écologiquement proches tels les peuples ibéro-américains et africains.

Programme d'Extension-Assistance : développer et proposer des activités d'extension et d'assistance aux aînés en leur permettant l'accès à l'université dans le but de leur offrir un espace culturel alternatif ; activités d'éducation continue, cours et activités qui permettent l'actualisation de leurs connaissances, autant générales que spécifiques. Créer un espace qui vise la promotion de la santé à travers des actions préventives et des soins généraux.

Programme de Divulgation Scientifique en Gérontologie : stimuler, produire et divulguer des connaissances scientifiques en gérontologie et gériatrie, de même que fomentier le débat sur ces domaines autant pour la communauté spécialisée que pour les laïcs sous forme de matériel imprimé, audiovisuel, des événements scientifiques ou pour la communauté parmi d'autres activités.

Organisation Conceptuelle de l'UnATI- UEA

Pour atteindre les quatre objectifs, une structure organisationnelle conceptuelle ajoutée à des compétences techniques spécifiques et d'infrastructure pertinente, a été conçue. La base d'action de l'UnATI-UEA se concentre dans la formation de ressources humaines au niveau de la post-graduation en gérontologie interdisciplinaire surtout des professionnels qui travaillent déjà dans les services de santé et d'assistance municipale et de l'état ainsi que des professionnels du domaine privé. Donc, le principal paradigme de l'UnATI-UEA c'est l'éducation pour la santé et le vieillissement réussi comme une stratégie à suivre pour la qualification de l'attention aux aînés. Pour cette raison, cet objectif est travaillé dans le **Programme de l'Éducation en Gérontologie**.

Ce tableau est différent des tableaux épidémiologiques infecto-parasitaires qui permettent l'identification des agents étiologiques spécifiques, le développement des diagnostics, de la prévention et des programmes thérapeutiques associés, les maladies chroniques non-transmissibles, en tant que multifactorielles exigent un effort constant dans l'identification des principaux facteurs génétiques et environnementaux qui agissent sur le vieillissement et la santé des aînés. Ces facteurs, dans la majeure partie des cas, possèdent une macro et une micro-spécificité qui ont besoin d'être entendues quand il s'agit d'implanter des programmes effectifs dans l'attention à la santé et au vieillissement des aînés. Dans ce contexte, l'établissement d'investigations qui dialoguent avec le domaine de l'éducation et créent des fondements pour la divulgation scientifique de la gérontologie et la gériatrie c'est le pilier fondamental de l'UnATI. Toutes les activités de recherche sont agglutinées dans le **Programme de recherches sur le vieux de la forêt**. Ce nom a été historiquement marqué à partir de la trajectoire des investigations qui ont subsidié l'implantation de l'UnATI-UEA, reconnu aujourd'hui à niveau national et international. Ce programme comprend les lignes de recherche suivantes : 1) Mésologie du vieillissement dont la cible est dirigée vers les questions insérées dans la relation homme-nature ; 2) les facteurs socio-juridiques liés à la condition de santé et la qualité de vie des aînés ; 3) des études démographiques épidémiologiques du vieillissement et des maladies chroniques non-transmissibles qui surviennent chez les personnes âgées ; 4) des études sur l'interaction des variables génétiques-environnementales associées au vieillissement et aux morbidités des aînés avec emphase sur l'impact des polymorphismes génétiques dans la longévité et les maladies, l'identification et la réalisation d'investigations en laboratoire des composants bioactif présents dans la diète et la pharmacopée des aînés.

Comme les compétences scientifiques dans le domaine de la recherche gérontologique sont encore minces, devant la grande demande de Programme de Recherche sur le Vieux de la Forêt, l'UnATI a un collaborateur d'une importance fondamentale : le laboratoire de Bio Génomique du Vieillissement du Département de Morphologie du Centre de Sciences de la Santé de l'Université Fédérale de Santa Maria, situé dans l'État de Rio Grande do Sul, où sont développés et implantés divers projets de recherche qui comptent aujourd'hui avec le soutien d'agences de fomentation comme le Conseil National de Recherche et Développement (CNPq), la Coordination des Études de Perfectionnement Personnel (CAPES) et la Fondation de Soutien à la Recherche en Amazonie (FAPEAM). S'y sont rajoutés deux grands collaborateurs internationaux qui étudient le vieillissement auprès de l'UnATI : L'Université de Léon en Espagne et l'Université de Porto au Portugal.

Le troisième élément fondamental dans la qualification de l'attention à la santé et au vieillissement des aînés de l'UnATI, c'est la divulgation en large échelle, surtout en ce

qui concerne la gérontologie préventive, au travers d'imprimés qui véhiculent des informations dans les milieux de communication et la réalisation d'évènements pour les aînés ainsi que la création d'espaces pour des débats avec des spécialistes nationaux et internationaux sur la gérontologie et la gériatrie. Ces activités font partie du **Programme de divulgation scientifique en gérontologie**, qui en plus des activités ponctuelles maintient trois activités continues : *La Revue Amazonienne de Gériatrie et Gérontologie*, créée en 2009 qui est en phase de consolidation et la réalisation du Séminaire International de Gérontologie qui se réalise depuis dix ans et la participation mensuelle à niveau national à la discussion de thèmes pertinents sur la gériatrie et la gérontologie à travers le programme de télémédecine TELEGERO. Cette discussion est partagée avec les universités de l'État de São Paulo (USP – São Paulo et Ribeirão Preto) et l'Université de l'État de Rio de Janeiro (UERJ).

Ces trois niveaux d'organisations servent de support à toutes les actions d'extension et d'assistance aux aînés inscrits à l'UnATI en améliorant l'attention au niveau individuel, collectif et dans le développement de programmes de santé gouvernementales et de politiques publiques. Ces actions sont agglutinées dans le **Programme d'extension – assistance de l'UnATI-UEA**. Ce programme comprend deux autres programmes : le premier qui agglutine des activités d'extension pour les aînés (De Manaus et de l'intérieur) et le deuxième qui agglutine des activités de **Promotion de la santé et du vieillissement réussi**. Pour des raisons de logistique, les activités d'assistance du programme promotion de la santé et du vieillissement réussi sont réalisées seulement à Manaus-AM. Pour l'exécution des activités du Programme d'Extension-assistance, l'UnATI-UEA compte avec des collaborateurs d'une importance fondamentale : Centres de coexistence et les unités spécifiques d'attention à la santé des aînés de la cité de Manaus (CAIMI'S) des Secrétariats de la Santé Municipaux et de l'État. Pour ces actions tant à Manaus qu'à l'intérieur elle compte aussi sur la collaboration de la Stratégie pour la Santé de la Famille du Système Unique de Santé de l'État de l'Amazonas (Unités Basiques de Santé, ESF-SUS, du Ministère de la Santé).

Activités et Actions de l'UnATI-UEA

Malgré son jeune âge (et encore plus jeune l'UnATI), la productivité de l'Université de l'État de l'Amazonas est étonnante. Dans le domaine de l'extension 35 cours libres pour les aînés ont été offerts ; Langue Portugaise, Français, Anglais, Espagnol, cours de danse, théâtre, exercices pour développer la mémoire, activités physiques diverses, informatique, parmi tant d'autres. En plus de ces cours, des activités ludiques tel le théâtre, la chorale, le groupe des ménétriers, se distinguent. Un total de 1072 personnes âgées participent à ces cours.

Dans le domaine de l'Éducation gérontologique, l'UnATI a formé son premier groupe de spécialisation *Lato Sensu* en Gérontologie en 2008 avec 67 gérontologues. En 2009 deux autres groupes ont été également formés dans le même cours avec 120 gérontologues. Un quatrième groupe de 50 élèves vient de démarrer la même spécialisation. Ce cours accepte des professionnels de différents domaines de la santé comme des médecins, des infirmiers, des assistantes sociales, des nutritionnistes, des pharmaciens, des professeurs d'éducation physique, des physiothérapeutes, des psychologues, entre autres. Une grande partie des ressources humaines est composée par les professionnels des Secrétariats Municipaux et de l'État pour la Santé, de la municipalité de Manaus et de l'Amazonas. En ce moment, l'UnATI attend l'approbation du programme de Post-

graduation en Santé des populations Amazoniennes pour la maîtrise et le doctorat, auprès du Ministère de l'Éducation et des autres domaines de la Santé qui font partie de l'Université de l'État de l'Amazonas.

Dans le domaine de la divulgation scientifique de l'UnATI, nous détachons la réalisation du Xème Séminaire International de Gérontologie et l'implantation de la *Revue Amazonienne de Gériatrie et Gérontologie* en novembre 2009, dont l'objectif majeur est de créer un espace pour la divulgation et le débat sur les études du vieillissement non seulement en Amazonie mais dans les autres régions du Brésil de l'Amérique Latine et des autres pays.

Cependant, c'est dans le domaine des études du vieillissement et de l'environnement que l'UnATI-UEA se distingue. Pour la réalisation de ces actions elle compte avec des collaborateurs importants. Dans le domaine de la biologie et de la génétique du vieillissement, son principal collaborateur est le Laboratoire de Biogénomique du Vieillissement de l'Université Fédérale de Santa Maria situé dans l'État du Rio Grande do Sul sous la coordination du Prof. Dra. Ivana Béatrice Mânica da Cruz. D'autres collaborateurs non moins importants se distinguent comme le Prof. Dr. Renato Peixoto Veras de l'Université de l'État du Rio de Janeiro, le Prof. Dra. Marcia Scazufca de l'Université de l'État de São Paulo, le Prof. Dra. Karin Viegas de la Pontife Université Catholique du Rio Grande do Sul, et le Prof. Dr José Antonio de Paz de l'Université de Léon en Espagne. Ces chercheurs, composent actuellement le groupe interdisciplinaire et interinstitutionnel de recherche de l'UnATI-UEA.

Recherches sur le vieillissement et l'environnement : le projet "le vieux de la forêt"

Dans le cadre de l'investigation scientifique deux études méritent d'être mises en évidence : l'étude sur le profil du mode de vie, de la santé et de la fragilité du vieux qui vit dans la municipalité de Manaus-AM et l'étude sur les indicateurs du vieillissement et de la longévité des vieux riverains qui vivent dans la municipalité de Maués aux bords du bas Amazonas. La première étude réalisée en collaboration avec la Stratégie de Santé de la Famille du Ministère de la Santé de l'État de l'Amazonas a été réalisée en 2008 sur un total de 1509 personnes âgées qui ont été interviewées sur les différents aspects gérontologiques et gériatriques. Les premiers résultats publiés dans la *Revue Brésilienne de Gériatrie et Gérontologie* montrent un profil de santé et de fragilité très proche à celui qui a été observé dans d'autres régions brésiliennes et dans des pays développés. Malheureusement, le vieux des zones urbaines présente une haute prédominance de Diabète Mellitus du type 2, de l'hypertension artérielle et de syndrome métabolique. Se rajoute à ce tableau la basse scolarité (plus de 60% des vieux sont considérés analphabètes fonctionnels) et le bas revenu (la majorité possède un revenu en dessous de 200 euros mensuels pour survivre). Par ailleurs, la prédominance de maladies neuropsychiatriques, dont la dépression, semble être plus petite que dans les autres régions brésiliennes bien plus développées. Ces données ont été envoyées aux système de santé local afin de servir comme indicatrices pour la détermination et la planification de nouvelles actions tournées vers la santé et la qualité de vie du vieux amazonien qui vit à Manaus.

En plus de cette investigation qui a été réalisée en janvier 2009, le groupe interinstitutionnel de recherche de l'UnATI-UEA a conduit une étude sur l'évolution du profil démographique et épidémiologique des municipalités qui composent l'Amazonas afin de déterminer les principaux indicateurs du vieillissement du vieux de la forêt. Ces résultats ont identifié les dix municipalités qui comptent le plus de personnes âgées et les indices

de vieillissement le plus élevés. Parmi ceux-là, la Municipalité de Maués s'est distinguée pour présenter les 20 dernières années, une augmentation uniforme dans la proportion de vieux dans sa population. Dans ce cas, environ 1% de sa population est composée par des vieux âgés de 80 ans ou plus tandis que dans le reste de l'Amazonas ou moins à Manaus, la proportion de ce groupe d'âge est de 0,5% seulement. En plus, Maués présente une proportion de vieux du sexe masculin plus grande que celle observée généralement dans des régions plus développées. Au Brésil, autant que dans d'autres pays, la proportion de femmes âgées de 60 ans ou plus est deux fois plus grande que celle des hommes. A Maués, il existe un maintien de la proportion 1/1 d'hommes et de femmes au moins jusqu'à 75 ans. Ces résultats ont attiré l'attention et ont soulevé une question : comment et pourquoi les vieux de Maués qui vivent à presque 300 km de Manaus, avec un accès seulement par voie fluviale ou aérienne, maintiennent ces indices de longévité ? Cette question peut paraître sans sens et sans importance si nous ne prenons pas en compte les conditions géographiques de la région.

Maués est une municipalité fondée en 1833 à la frontière de l'État du Pará, avec 40.000 Km² dont la plus grande partie est composée par un grand ensemble de fleuves et de petites rivières et ruisseaux (appelés "igarapés"). 22 000 des 48 000 habitants vivent dans une région connue comme zone urbaine ou siège. Les autres sont éparpillés en 175 petites communautés tout au long des rivières et ruisseaux. La densité démographique de cette municipalité est de 1 habitant par km². La base de leur alimentation est le poisson, la farine de manioc et une variété énorme de fruits amazoniens. Pour obtenir leur aliment et pour communiquer avec les autres communautés il faut dépenser beaucoup d'énergie : en pêchant et en ramant. Actuellement, à travers la Stratégie de la Santé Familiale du Ministère de la Santé, 92% de la population est enregistrée et reçoit un peu d'attention de base ce qui permet la conduction d'études scientifiques en collaboration. Les défis pour l'implantation des études à Maués ont été très grands. Mais petit à petit, avec la contribution inestimable de la Préfecture Municipale de Maués, de la population elle-même et de toute l'équipe de l'UnATI-UEA, le projet Maués a commencé à être construit. Au début, à travers une petite étude pilote qui a évalué les conditions générales de vie du vieux riverain et a ajusté les questions qui seraient posées à la population. Tout de suite après il a été réalisé l'habilitation des agents de santé de la famille qui sont les professionnels qui accompagnent chacune des petites communautés qui vivent au bord des rivières. Ce qui permet la collecte d'information sur plus de 60% des vieux qui vivent à Maués et a subsidié son expédition pour la collecte de données supplémentaires sur la santé, l'aptitude physique, les marqueurs biochimiques et génétiques qui a eu lieu en juillet 2009. À cette occasion, plus de 600 vieux ont été enregistrés. Les résultats préliminaires obtenus, pointent vers un tableau différent de la santé, avec une prédominance plus petite de diabète et d'hypertension que chez les vieux de Manaus.

Cependant, quels autres facteurs prédisant une plus grande longévité pourraient contribuer au vieillissement réussi du vieux de la forêt qui vit à Maués ? Comme nous le savons bien, le vieillissement est un phénomène inexorable mais qui subit les influences de multiples facteurs qui le rendent un vieillissement bien réussi ou au contraire un vieillissement pathologique. Le vieillissement bien réussi est celui dont la charge de maladies est moindre et contrôlée, malgré les croissantes limitations biologiques et fonctionnelles qui apparaissent dans la vieillesse, ce que permet à la personne âgée de vivre avec qualité et de façon active jusqu'à des âges très avancés. Quant au vieillissement pathologique, c'est celui qui est accompagné d'une forte charge de maladies qui limitent et influencent

de façon négative la vie de la personne âgée. Pour répondre à cette question, des études complémentaires comprenant des recherches en culture de cellules, mais aussi en modèles expérimentaux sont en train d'être développées. Dans ce cas, à Maués, l'un des possibles facteurs prédicateurs de longévité positive paraît être l'ingestion régulière de Guaraná (*Paullinia cupana*) en poudre.

Cette plante est un arbuste qui a été domestiqué il y a des centaines d'années par les indiens Satêrê-maués. Le Brésil est le seul pays qui produit commercialement cette plante et ses dérivés. La semence du Guaraná est la seule partie de la plante qui après être lavée, séchée, torréfiée et moulue, est ingérée par l'être humain. Malgré une grande consommation par la population brésilienne et des autres pays, y compris les États-Unis, le nombre d'études sur les propriétés fonctionnelles du guarana est encore très bas. Cependant la grande majorité des investigations réalisées pointent vers des activités biologiques importantes pour la santé. Ces propriétés fonctionnelles sont les conséquences des principales substances bioactives présentes dans le Guaraná. Dans 100 gr de Guaraná en poudre commercialisé il y a seulement 8 Kilo calories, une valeur calorique très petite. Dans ces 100 gr seulement 3% sont des protéines, 1,2% des hydrates de carbone simples, 0,3% des lipides et 7,35% d'eau, et de fibres végétales. Parmi tous ses principes bioactifs, quatre sont mis en évidence. Le premier composant bioactif, la caféine, est considérée comme une substance psycho active, la plus absorbée dans le monde entier. Alors que dans le café cette concentration est de 7,59 mg de caféine par gramme, dans le Guaraná elle atteint en moyenne une concentration trois fois plus grande : 20,68 milligrammes par gramme. Ce qui fait du Guaraná, la plante qui contient le plus de caféine, parmi les 63 espèces de plantes qui contiennent de la caféine, identifiées jusqu'à présent. La caféine présente dans le Guaraná est responsable des propriétés énergétiques, liées à sa consommation. En plus le Guaraná possède dans sa composition des alcaloïdes, telles la théophylline (présente également dans le Thé Vert) et la théobromine (*Teobroma cacao* principe actif présent en grande proportion dans le chocolat). Ces deux principes actifs ont des propriétés biologiques très importantes puisqu'ils sont responsables de la relaxation vasculaire de la musculature lisse, ils sont stimulants du système nerveux central et du muscle cardiaque en plus de leurs propriétés diurétiques, étant la base de produits pharmaceutiques à effet vasodilatateurs, anti asthme et cardio stimulants. Dans une plus petite proportion, le Guaraná possède également des tanins tels les cathéquines (présentes également dans le thé vert), qui sont des molécules ayant une puissante action antioxydante et anti-inflammatoire. Des études sur d'éventuels effets toxiques causés par la consommation du Guaraná ont démontré qu'une consommation modérée ne présente aucun effet négatif pour la santé et n'influence en aucun cas la longévité des rats. Notre recherche à Maués, encore qu'en phase préliminaire, démontre que les vieux âgés en moyenne de 75 ans qui consomment régulièrement du guaraná en poudre, présentent des niveaux moyens de triglycérides plasmatiques et un indice de masse corporelle plus bas que ceux qui n'en consomment pas. Il est évident que d'autres facteurs peuvent également influencer de manière positive la longévité des vieux de Maués. Cependant, les études réalisées dans cette région lointaine d'Amazonie peuvent élucider quant à la valeur de ces prédicateurs du vieillissement et de la longévité de façon générale. Pour cette raison, Maués, représente aujourd'hui un grand laboratoire d'essai pour les investigations sur le vieux de la forêt étant le Projet Longitudinal du Vieux de la Forêt puisque nous avons comme perspective le suivi des vieux qui sont déjà enregistrés

ainsi que de ceux qui complèteront 60 ans l'année de leur inclusion, pour les prochaines dix années.

Une autre étude qui sera réalisée prochainement, a comme objectif de rechercher les interactions génétiques – environnementales, chez les vieux âgées de 80 ans ou plus. Cependant, ce projet est plus ambitieux, puisqu'il établira un programme de recherche qui regroupera des scientifiques de l'Amérique Latine et du Caribe ainsi que des pays comme le Portugal, l'Espagne et l'Afrique, une fois que ces ethnies ont contribué de façon significative dans la composition ethnique du Brésil et des Amériques. Mais cela est un grand défi, une nouvelle perspective !

Conclusion

Depuis que la jeune UnATI/UEA, a fait ses premiers pas, et regardant vers l'avenir, nous croyons que nous vivons un moment unique de l'histoire : celui de faire connaître la biodiversité que représente ce continent appelé Amazonie autant que sa diversité ethnique, culturelle et socio environnementale qui peut aider l'humanité à mieux se comprendre en tant qu'espèce qui vieillit et tous les aspects positifs que cela représente pour tous. Tout ceci parce que, sans les aînés qui ont surgi à l'aube de l'humanité il n'y aurait pas de souvenirs des endroits pour se protéger et se cacher quand les intempéries de la nature s'acharnent sur les petits groupes qui vivent en communautés. Il n'y aurait pas la transmission des connaissances, des histoires, des légendes et de la religion. Il n'y aurait pas ceux qui se sont sacrifiés en offrant leur vie pour protéger celle de leurs enfants et petits-enfants. Parce que sans les aînés, il n'y aurait pas l'humanité dans son essence la plus profonde et la plus belle. Il n'y aurait personne pour nous raconter les secrets de la jungle, des étoiles, des eaux, des animaux et des plantes. Pour cette raison, partager avec vous les aspects sur la manière de vivre du vieux de la forêt, est un hommage que nous faisons ici à l'Amazonie même, puisque c'est à travers le vieux de la forêt que nous avons découvert les chemins qui nous mènent vers elle. Et pour finir notre remerciement à tous ces vieux de la forêt, à l'Amazonie et à tous ceux qui leur consacrent leur vie.

NDLR

La Commission de publication a accepté de publier ce texte malgré son français imparfait, en raison des liens d'amitié entre les sociétés savantes internationales et du grand intérêt de l'initiative auprès des personnes âgées prise par UnATI-UEA au Brésil.

SUMMARY

Aging and old age in the Amazonian forest.

Histoire de la médecine en Amazonas. Disparition du chamane et christianisation des rites de guérison chez les indiens tariano, à la périphérie urbaine de Manaus *

par João Bosco BOTELHO **

Introduction

Les rites de guérison, qui passent par la communication de l'homme avec Dieu, sont liés à l'espérance de repousser les limites de la vie. Par ailleurs, ils rappellent les langages médico-mythiques d'avant même l'apparition de l'écriture, et conduisent à la sensation de bien-être pour ceux qui souffrent (1). En réalité, tout au long de milliers d'années, il n'y a sans doute pas eu de grandes différences dans le processus rituel quand celui-ci concerne l'espérance de guérison liée à la peur de la mort prématurée. D'un côté, celui qui souffre, et de l'autre, le Divin, sous de nombreuses manifestations socio-culturelles, clamé avec une foi dévote, pour en finir avec la douleur ou repousser les limites de la vie.

Dans les rites de guérison, aux quatre coins du monde, sauf exception, demandeur et pourvoyeur sont en contact par l'intermédiaire des représentants de la divinité choisie, imposant des changements dans les langages, les symboles, les formes et les représentations. Comme ce processus complexe et multifactoriel au long de tant d'années s'est reproduit de façon homogène, il est sans doute en rapport avec les réponses de soulagement à la souffrance requises hier et aujourd'hui, jour et nuit par les humains. Ainsi, comme pour d'autres adaptations biologiques qui mobilisent le corps pour échapper à la douleur, il est difficile de ne pas comprendre les rites de guérison en dehors du même contexte neurobiologique où les messages génétiques se mêlent au social.

De cette façon, aujourd'hui, dans les pays où prédominent de grandes inégalités sociales, les rites de guérison sont plus fréquents que dans les pays qui ont un système national de santé performant, comme mécanisme qui permet d'éliminer l'incertitude devant la maladie sans assistance. Les contradictions actuelles dans l'assistance médicale au Brésil qui ont résisté au conflit de compétences entre la médecine et les croyances religieuses, disputant les espaces pour repousser les limites de la vie, apparaissent initialement comme résultat de l'expérience coloniale chrétienne et, ensuite, dans les syncrétismes. Avec l'ample divulgation des moyens de communication, de temps en temps,

* Séance de mars 2014.

** Av. Eduardo Ribeiro n° 520, sala 705, 69010-010 - Manaus - AM, Brésil.-
joaoboscobotelho@gmail.com. - joao_botelho@vivax.com.br

surgissent certains personnages qui se disent transcendants ou images sanctifiées ayant des pouvoirs exceptionnels capables de guérir toutes les maladies, reproduisant ainsi les guérisons miraculeuses décrites dans la religion chrétienne. Il ne semble pas qu'il s'agisse exclusivement d'une manifestation sociale qui puisse être expliquée seulement par le sous-développement. Au contraire, le simple fait de la reproduction des manifestations, presque toujours comme une traînée de poudre dans un temps et un espace déterminés, agglutinant des milliers de personnes, crée une expectative collective entre riches et pauvres à la recherche d'une alternative capable de venir à bout de la douleur et de repousser la mort prématurée. De la même façon, on ne peut nier que, dans certains pays où les pressions sociales atteignent un niveau insupportable imposé par la misère matérielle ou par le manque de liberté politique, certaines manifestations évoquent les anciennes relations symboliques de la médecine avec la religion, dans différentes manifestations de la religion dominante (1).

Non seulement les parties intéressées - demandeurs et églises - utilisent les immémoriales relations médico-mythiques comme instruments de catéchèse, mais la presse aussi, concernée par l'appel, est présente dans la divulgation interprétative du miracle. Lorsqu'il existe un personnage catalyseur des rites de guérison, il devient plus facile d'identifier les relations synchrétiques profondes qui sont à l'origine des réponses collectives. Cette personne s'identifie de façon charismatique comme *guérisseur*, se faisant l'intermédiaire du pouvoir de la divinité, pour guérir les malades et se faisant devin aussi. Cette constatation objective soulève certaines questions importantes du complexe binôme santé-maladie avec les indissociables mouvements sociaux qui montrent, en partie, le manque de confiance de la collectivité dans les services offerts par l'État ici entendu comme décideur du rôle des établissements hospitaliers dans le domaine de la souffrance personnelle et collective (1).

À Manaus actuellement, il existe, selon les registres de la municipalité, 81 églises ou centres religieux qui réalisent des rites de guérison. On peut les répartir en cinq groupes : le spiritisme, le kardecisme, la religion évangélique (ou protestante) avec de nombreuses variantes et, en moindre nombre, l'umbandisme et le catholicisme charismatique. Il est certain que ce total est sous-estimé, puisque des dizaines d'autres centres, à la périphérie de la ville ne sont pas officiels. Dans tous ces centres religieux qui sont le produit de l'histoire coloniale, il y a des hommes et des femmes qui croient être capables d'intervenir à des fins thérapeutiques, à partir du transfert du pouvoir de guérison de la figure divine propre à chaque religion. À la périphérie de Manaus, sur les rives de la rivière Tarumã-Açu, lieu difficile d'accès, il existe un groupe d'indiens Tariano dont le fils du chef exerce le chamanisme, pratique symboliquement importante de résistance contre la disparition complète de la figure du chamane dans les relations ethniques.

Discussion

Les Tariano sont l'une des dix-neuf ethnies du haut Rio Negro et appartiennent à la famille linguistique Aruak. Ils sont moins de mille individus, actuellement, et se répartissent le long de la rivière Uaupés, affluent du Rio Negro.

On considère que les Tariano sont originaires de la région de la rivière Uaupés, au nord-ouest dans l'actuel État d'Amazonas, après la migration le long des rivières Içana et Ayari, affluents du Rio Negro.

Parmi les ethnies avec lesquelles les Tariano ont des relations culturelles et économiques, les Tukano sont l'ethnie la plus importante. Il existe en effet des points communs, quant à la mythologie, qui se traduisent dans la culture du manioc, les tech-

niques de pêche, les rites d'initiation masculine, l'usage d'instruments de musique (flûtes) et, surtout, le chamanisme avec au moins deux types de chamane : celui qui souffle et celui qui suce (2).

Pour être situés, pendant la première moitié du XX^{ème} siècle, sur les rives du Uaupés (3), région occupée stratégiquement par les missionnaires salésiens, les Tariano ont été l'un des premiers peuples à subir l'impact de l'agression qui a contribué à la dispersion des populations le long du Rio Negro.

La présence d'une petite communauté Tariano, sur les rives de la rivière Tarumã-Açu, également affluent du rio Negro, mais à plus de mille kilomètres des terres ancestrales, sur un terrain concédé par l'INCRA (Institut National de Colonisation et Réforme Agraire), appelé Branquinho et situé dans les environs de Manaus, n'est pas sans rapport avec la poursuite implacable suivie de la dispersion de nombreux groupes indiens du nord-ouest de l'État d'Amazonas. Parmi les nombreuses conséquences de ce contact missionnaire agressif, on observe la diminution de l'impact social du chamane et la disparition de la langue Tariano, remplacée par le Tukano (4).

Les récits sur l'origine mythique des Tariano montrent aussi cette phase de dispersion le long du Rio Negro. La présence de cette communauté au bord de la rivière Tarumã-Açu est chargée de sens.

L'accès à cette communauté Tariano n'est possible que par petite barque à moteur jusqu'à un certain point, puis en pirogue avec un Tariano car il faut connaître les méandres des petits *igapós*, pour rejoindre l'un des bras plus petits de la rivière. À partir de là, une petite marche de trente minutes dans la végétation conduit à quelques cabanes plantées sur une étendue de sable désolée, où vivent tant bien que mal près de dix-huit individus : c'est le village Tariano (6).

Pedro, sorte de *leader*, informa que le chamane est mort depuis deux ans et que celui qui pratique des actes de chamanisme est son fils ; mais que celui-ci n'a pas eu le temps de tout apprendre avant la mort de son père.

Les aliments les plus importants sont le poisson, la farine de manioc et quelques fruits du verger improvisé (banane, cajou et mangue). La chasse est rare parce que le terrain est entouré de propriétés privées.

L'un des instruments de guérison les plus caractéristiques du chamanisme est le souffle. Les supports matériels du chamanisme décrits par Pedro sont : la fumée de cigarette ou cigare, le *tawari*, et la danse des enfants au son de la flûte à dix notes. Il n'est pas rare que l'apprenti chamane n'ait pas de succès ; et, dans ce cas, le malade est transporté à Manaus.

Avec le souffle, sont utilisés plusieurs remèdes à base de plantes du jardin improvisé ; ainsi - l'acajou : la tige est râpée et mélangée avec un peu d'eau pour cicatriser les plaies ; - la citronnelle : utilisée sous forme de tisane pour les maux de ventre ; - la *sucubeira* : un bout de tissu imprégné de sève de la tige est appliqué sur la zone traumatisée ; - la *Vismia cayennensis* ou *lacre* : la sève de la tige est appliquée sur les taches de la peau ; - la "goyave de tapir" : trois gouttes dans la bouche du nouveau-né évitent qu'il urine beaucoup ; - la "dent de tapir" : utilisée pour scarifier la peau des jeunes filles, à l'occasion des premières règles, dans le but de nettoyer le sang.

Considérations finales

Le processus de substitution des rites de guérison à Manaus est une histoire très ancienne (6,7). Au XXI^{ème} siècle, comme chez d'autres groupes indiens, à la périphérie urbaine, les rites de guérison des Tariano ont été christianisés (8).

NOTES

- (1) BOTELHO J. B. - *Medicina e religião : conflito de competência*. 2a. ed. Manaus, Valer, 2005.
- (2) ISMAEL Tariano. - *Mitologia tariana*. 2a. ed., Manaus, Valer, 2002. 167 p.
- (3) DE TUPAN a Cristo. - *Jubileu de Ouro. Missões Salesianas do Amazonas 1915-1965. Com aprovação Eclesiástica. Por delegação do Cardeal Dom Jaime de Barros Câmara. Dom Pedro Massa*. Arc. Do Rio de Janeiro. 24 jul 1965. p. 28.
- (4) MOREIRA Ismael Pedrosa.- *Contos e lendas mitológicas do povo tariano*. Manaus, Valer, 2001.
- (5) REBELO Alex Bruno ; BARGAMIN Aryela ; SANTOS Denize dos ; BARBOSA Priscila. - *Crença da doença e da cura na tribo tariano e no método da bioenergética*. Trabalho de campo da Disciplina de História da Medicina do Centro Universitário Nilton Lins, Manaus, 2004.
- (6) BOTELHO J. B. - "Le pouvoir du pajé (chaman) dans la médecine coloniale brésilienne du XVIème au XVIIIème siècle", *Histoire des Sciences Médicales*, 38, 2004, 457-467.
- (7) BOTELHO J. B. - Pajé : reconstrução e sobrevivência. *Abstract degli interventi Amazonia Indígena*, Perugia, mai 2008.
- (8) BOTELHO, J. B. ; COSTA, H. L. - Pajé : reconstrução e sobrevivência. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, 927-956, oct.-déc. 2006.

RÉSUMÉ

On sait depuis longtemps par des écrits que les rites de guérison faisaient partie du quotidien culturel des Tariano, et qu'ils ont été insérés dans la formation catéchiste par les Salésiens. La présence de ces missionnaires dans le haut Rio Negro depuis 1915 a contribué, de façon notoire, à la perte de l'importance du chamane. Étant donnée leur localisation sur les rives sur la rivière Uaupés, région stratégique dans l'occupation de l'espace par les Salésiens, dans la première moitié du XXème siècle, les Tariano ont été les premiers atteints par la politique missionnaire de réduction des indiens. Quelques Tariano qui émigrèrent vers Manaus se sont agglomérés sur les rives sablonneuses de la rivière Tarumã-Açu, affluent du Rio Negro, près de Manaus. Gardant encore un peu de leur culture, mais sans chamane, et sans terre adéquate pour cultiver des plantes médicinales, il reste aux Tariano les rites de guérison christianisés et l'accès au système national de santé publique à Manaus.

SUMMARY

A brief history of medicine in Amazonas : the end of shamanism and the progressive Christianisation of therapeutical rites among the Tarianos, in the suburbs of Manaus.

Jules Baretta et les secrets du moulage pathologique au XIX^{ème} siècle

Analyse de la cire n° 1364 au musée de l'hôpital Saint-Louis *

par Fabien NOIROT **

La collection du musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis renferme une des collections les plus importantes de cires pathologiques en France qui est composée de 4807 moulages sur nature. Jules Baretta a réalisé environ 3500 de ces cires entre 1867 et 1913 mais son procédé reste une énigme car certains de ces moulages sont un défi technique à l'exemple de la planche n° 1364 composée de deux cires (Fig.1). C'est la cire de gauche représentant la croûte de l'épithéliome qui va surtout retenir notre attention. Il est



Fig. 1 : Epithéliome du nez, développé sur un lupus tuberculeux ancien.
(Planche n° 1364 réalisée par Baretta)

* Séance de mars 2014.

** 49, avenue du Châlet, 93360 Neuilly-Plaisance.

aujourd'hui difficile de s'imaginer comment Baretta a pu mouler en plâtre une forme aussi complexe sans provoquer de douleur au patient. À priori, le plâtre aurait dû emprisonner l'épithéliome, à gauche sur la planche, en compromettant l'extraction du moule. Si la valeur scientifique de ces cires repose sur l'objectivité mécanique du moulage, cette cire recèle une invraisemblance malgré son réalisme. Il ne faut pas être dupe de la part modelée d'un tel objet et des ruses déployées par Baretta car cet épithéliome est visiblement retouché. Par ailleurs, si l'on part du principe que le moulage pathologique n'a aucune ambition esthétique, on peut supposer que la part artificielle de ces cires n'a rien de superflu et qu'elle permet au contraire de parer des contraintes techniques. L'énigme de cette cire nous pousse ainsi à penser ces artifices comme le secret de son moulage. Aussi, de quelle manière le modelage a-t-il pu participer de la technologie du moulage dans cette œuvre de Baretta ? Pour tenter de répondre à cette question, il nous faut d'abord décrire l'objet et les contraintes spécifiques du moulage pathologique pour avancer une hypothèse. Il ne s'agit pas ici de croire percer tous les secrets de Baretta, mon intention est de mieux comprendre l'entente secrète d'une collusion entre le modelage et le moulage dans le moulage sur nature.

Un démoulage compromis

L'épithéliome n° 1364, à gauche de la planche, provoque notre étonnement sur le simple fait de démouler le moule du sujet car la pathologie présente une forme très complexe en moulage. Si l'on aborde cette pathologie comme un volume en sculpture, c'est la différence entre mouler un bas-relief et un haut-relief. Nous connaissons bien l'opération d'un moulage masque. L'opérateur enduit d'abord le sujet d'un corps gras en guise de démoulant. Il aménage ensuite la respiration du modèle puis il enveloppe le visage avec un linge en vue de stopper le plâtre semi-liquide. Le moulage d'un visage correspond à un tiers du volume de la tête et il peut s'assimiler à un bas-relief en sculpture. Celui-ci ne présente pas de difficulté au démoulage dans la mesure où tous les points du visage se présentent dans le sens de l'extraction du moule. Les deux cires composant le n° 1364 correspondent bien à un tiers du volume de la tête mais l'épithéliome à gauche

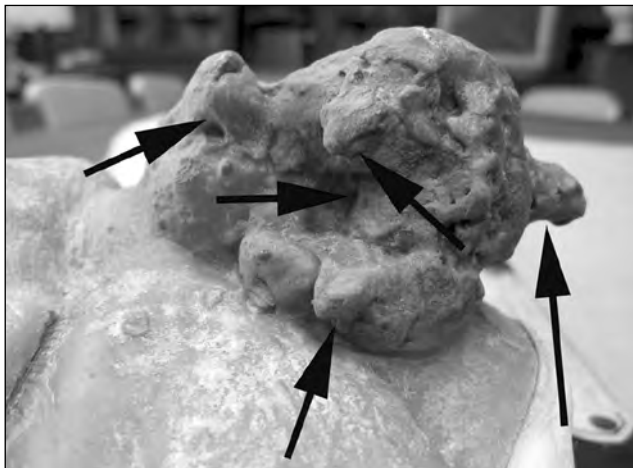


Fig. 2 : Détail de la cire de gauche et des différents points de rétention. (Planche n°1364)

présente des parties détachées qui créent des creux ce qui s'assimile à un haut-relief en sculpture. Or de tels creux génèrent en moulage des points de rétention qui vont retenir le moule au moment de son extraction. Si l'on regarde la forme complexe que constitue la croûte de la pathologie à gauche de la planche on se rend compte que les creux sont multiples et dans des directions opposées où le plâtre va être totalement emprisonné (Fig. 2 et Fig. 3). À ce

stade de l'enquête, ce moulage semble improbable. Bien sûr, il ne s'agit pas d'une statue sur laquelle on peut détruire le moule et le reprendre en cas de difficulté. Il s'agit d'une personne vivante et souffrante dans le cadre d'un moulage rapide. Baretta n'a pas droit à l'erreur.

La complexité technique de la planche n°1364

L'enquête sur une œuvre moulée, en l'absence de tout autre document que l'objet lui-même, peut s'appuyer

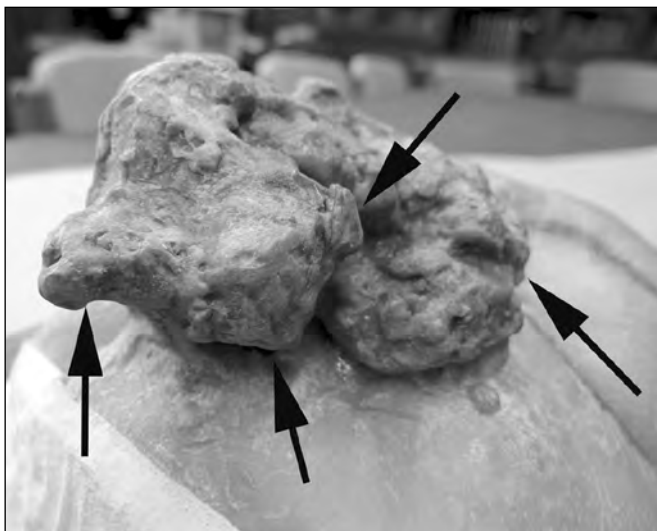


Fig. 3 : Détail de la cire de gauche et des différents points de rétention. (Planche n°1364)

sur des indices matériels pour tenter de reconstituer le processus du moulage (1). Parmi le régime des traces mécaniques du moulage, l'indice des "bavures" est le plus riche d'enseignement. Les bavures résultent d'un excédent de matière, en l'occurrence la cire chaude, qui s'infiltre entre les recoins des pièces du moule en négatif. Ces surplus laissent des lignes disgracieuses à la surface d'un objet moulé et leurs traces nous permettent de dénombrer les pièces du moule. Dans le cadre du moulage sur nature, la manière de diviser un moule en plâtre correspond généralement à la technique dite "au fil". Il faut déposer un fil sur la chair et le retirer avant la solidification du plâtre, cela a pour effet de couper le plâtre en deux. Les deux cires de la planche n° 1364 présentent deux bavures, ce qui indique qu'elles ont été divisées en quatre parties. Une première bavure montre que le moule a été coupé horizontalement d'une oreille à l'autre tandis que la deuxième bavure indique que le plâtre a été divisé verticalement du front au menton. Toutefois, comme nous l'avons vu, la cire de gauche contient trop de points de rétention et dans des sens différents avec des dessous et des renforcements. Le démoulage du plâtre risque ainsi de détruire les petites cloisons du moule fichées dans les interstices de la pathologie. De plus cette division du plâtre ne résout en rien la douleur que peut provoquer le fait de forcer sur la pathologie pendant le démoulage ou d'appliquer du plâtre sur une plaie pour la figure de droite. La division du moule en plâtre ne peut pas être le seul élément qui ait permis à Baretta de retirer le moule du modèle, d'où son caractère énigmatique. Pour ajouter à ce défi technique, il faut encore évoquer les contraintes spécifiques du moulage en plâtre sur une pathologie.

Les trois contraintes du moulage pathologique :

Le moulage sur nature en plâtre sur un corps vivant et malade engage au moins trois contraintes spécifiques pour le mouleur. Il convient de connaître ces contraintes car la stricte description mécanique du moulage se révèle défailante pour comprendre l'opération du moulage pathologique.

a) *Un moulage doit provoquer le moins de douleur possible et se faire dans un laps de temps très court pour le confort du modèle (2).* Si le sujet a des douleurs qui le font bouger pendant la prise du plâtre, l’empreinte risque d’être fissurée, fragile et déformée.

b) *Un moulage en plâtre sur une partie mouillée provoque un farinage et une mauvaise qualité du moulage.* L’humidité d’une affection peut rendre le plâtre farineux, c’est-à-dire pulvérulent et inutilisable.

c) *Le plâtre chauffe pendant sa prise tout en se rétractant et se resserrant sur le sujet.* Cette chauffe du plâtre durant sa phase de cristallisation se produit en l’occurrence sur des affections pouvant être douloureuses.

Le mouleur sur nature doit donc inventer des expédients pour protéger l’affection du plâtre. La manière de protéger la pathologie pourrait aussi être la pièce manquante qui permet de comprendre la façon de démouler un plâtre sur une forme aussi complexe que l’épithéliome n° 1364.

Les films protecteurs : l’exemple de la peau de baudruche

Je vais prendre appui sur un texte qui décrit la ruse permettant au mouleur de protéger les maladies des contraintes du plâtre en les masquant avec un film tel que la peau de baudruche. Il est possible de retrouver l’indice de ce genre de film sur les cires de Baretta. Le texte en question est celui d’un médecin qui a constitué en 1838 un musée exposant des affections pathologiques à Paris : “Le moulage sur nature vivante pour reproduire les maladies vénériennes et les maladies de la peau présentait de nombreux inconvénients, *entre autres celui d’une douleur très vive sur les ulcérations et les autres altérations d’une grande sensibilité.* J’ai donc imaginé d’employer la peau de baudruche, pellicule très mince, qui peut facilement s’appliquer sur les ulcères, les chancres, les pustules etc., elle laisse au plâtre prendre toutes les saillies et les caractères d’une maladie. *On évite de plus le farinage d’un plâtre appliqué sur des surfaces humides [...].* Cette application a poussé mes recherches beaucoup plus loin ; à l’aide d’un speculum

fermé à son extrémité par de la peau de baudruche on peut prendre les empreintes des ulcérations qui siègent sur le col de l’utérus sans le moindre accident et sans douleur” (3).

Si on regarde, par exemple, le moulage en cire n° 66 de Baretta nous pouvons constater une ligne de démarcation évidente qui est la trace d’un film pour protéger et masquer le nez. Cette trace peut aussi bien être du collodion ou tout autre topique servant de pansement liquide ou de cataplasme. Au sein de l’hôpital Saint-Louis, Baretta avait le choix de combiner ces expédients. Mon hypothèse est que l’épithéliome n° 1364 a été masqué pour protéger l’affection et que cette protection a permis aussi de simplifier la forme de la pathologie en bouchant les creux (Fig. 4). Ce film permet ainsi d’envisager un démoulage serein de la



Fig. 4 : *Détail du masque de gauche. Hypothèse de reconstitution avec le film protecteur en bleu et les divisions du moule en rouge.*

cire de gauche car il élimine les points de rétention. Cette technique a vraisemblablement servi aussi à protéger la plaie du plâtre pour la cire de droite. La ruse du moulage pathologique consiste à simplifier un haut-relief en bas-relief en masquant les creux d'une pathologie complexe. Cela n'a en fait rien d'étonnant car les mouleurs au XIXème siècle appliquaient couramment des mastics pour boucher les endroits les plus complexes des sculptures.

La part modelée

La contrepartie d'une simplification des formes par Baretta quand il masque les creux à l'aide d'un film est qu'il faut en retour sculpter ce qui a été occulté. Ce modelage se nomme en moulage la "réparation" et elle consiste à raviver les contours de l'objet moulé par ajout et retrait de matière. Il faut ainsi s'imaginer qu'au moment du démoulage la croûte complexe de l'épithéliome n'était pas riche de tous ses détails sur la cire dans la mesure où celle-ci a été cachée pendant le moulage. Cette forme a donc nécessité beaucoup de réparation pour retrouver les creux et les détails de l'objet initial. On peut relever, sans surprise, les traces d'outils en fer qui ont servi à sculpter la cire par exemple à la base du nez. Il est par contre tout à fait inhabituel de trouver directement l'empreinte de doigts du modelleur dans des ouvrages en cire comme on peut en voir l'exemple sur la cire de droite. Si on regarde une autre cire, tel le lupus n° 1056, on se rend compte que la forme résulte aussi d'un travail avec les doigts. Ces traces indiquent peut-être une étape d'ébauche en présence du modèle pour fixer sur la cire les formes de la pathologie. Le travail de réparation pour des pathologies aussi complexes à mouler, tels que ce lupus ou cet épithéliome, exigeaient ainsi une part interprétative par modelage. La réparation de l'épithéliome est l'exemple type d'un compromis modelé qui supplée à la défaillance technique du moulage à pouvoir prélever l'empreinte de la pathologie. La duplicité de ce modelage, comme toute réparation en moulage, est qu'il sera perçu par le spectateur comme faisant partie de l'ordre mécanique du moulage.

Conclusion : de la réparation

L'analyse de la planche n° 1364 permet de penser le modelage dans une économie plus globale de la réparation qui inclut l'étape de la préparation au sein du moulage. Effectivement, le degré de réparation de l'épithéliome apparaît conditionné, en partie, par la préparation du modèle et l'anticipation des contraintes techniques de son moulage. L'étape de la préparation devrait permettre au mouleur, idéalement, de limiter l'impact ultérieur du modelage afin de préserver au maximum les détails du moulage. Dans le cas d'un moulage aussi complexe, il s'agit bien plutôt de trouver le meilleur compromis entre le modelage et le moulage car, selon notre hypothèse, l'épithéliome a dû être masqué et simplifié. La réparation est aussi et surtout le moyen de retrouver l'état initial du modèle ce qui, dans le cadre du moulage sur nature, implique de restituer sa forme et sa couleur en trompe-l'œil. Faut-il voir une trahison de ces objets didactiques envers la science si certains de ces objets recèlent une part modelée ? La planche n° 1364 révèle au contraire que le régime de la réparation supplée et achève la technologie du moulage dont le seul caractère mécanique serait défaillant pour saisir une telle pathologie. Le secret technique du film protecteur permet ainsi, d'une part, de simplifier la forme en rendant possible son moulage. Le modelage de la pathologie, d'autre part, déplace l'objectivité mécanique du moulage sur le terrain de la vraisemblance. La réparation et ses astuces ne sont pas des éléments étrangers au moulage, ils apparaissent constitutifs de la technologie du moulage

sur nature comme une entente secrète entre le modelage et le moulage. Les cires de Baretta au musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis réservent la possibilité d'étudier et de dresser la typologie d'un modelage à part en histoire de l'art qui est celui de la réparation dans le cadre du moulage sur nature. Notre chance est que cet artisan n'effaçait pas systématiquement les traces du moulage et du modelage. Elles sont donc un sujet d'étude idéal pour analyser la part du modelage dans le jeu de substitution et de représentation du modèle à la copie. Sur ce point, comme nous avons pu le suggérer avec Baretta, le but d'une réparation est de disparaître en tant que modelage afin d'être perçu par le spectateur comme la vérité du moulage. La négation du moulage lui-même serait un cas d'inversion phénoménologique où la copie est confondue avec l'objet naturel. Il faut, je pense, tenter de rester sur le domaine de la représentation afin de décrire un dispositif illusionniste dont l'un des buts a peut-être été de déplacer les limites de la vraisemblance. Ainsi, peut-on croire que les orfèvres à partir du XVIème siècle ont pu mouler des roses avec leurs branches, des tortues ou des écrevisses pleines d'œufs sans développer un art mixte de la réparation entre la technologie du moulage et la sculpture ?

NOTES

- (1) BAUDRY M.T. - *Principes d'analyse scientifique. La sculpture : méthode et vocabulaire*, Paris, Imprimerie Nationale, 1978.
- (2) À ce propos voir BINET A. - Le moulage en médecine. Sa technique, ses applications spéciales à l'orthopédie. *Thèse de la faculté de médecine de l'université de Nancy*, 1908, 91p.
- (3) THIBERT P. - Sur la fabrication en carton-pierre de modèles d'anatomie et d'histoire naturelle, *Brevet d'invention n° 11450*, 11 mai 1839, 7p. Je souligne.

RÉSUMÉ

Le Musée de l'hôpital Saint-Louis renferme des moulages sur nature réalisés par Jules Baretta au XIXème siècle, qui paraissent impossibles tant les pathologies ont des formes complexes. Comment Baretta a-t-il pu mouler un épithéliome ou un lupus irréguliers avec du plâtre sans arracher la pathologie ou provoquer les plus vives douleurs ? C'est de cet étonnement qu'est née une enquête sur ces moulages et particulièrement sur un épithéliome du nez (n° 1364) pour comprendre les secrets de fabrication. Cette enquête démontre que Baretta utilisait des films protecteurs sur ces pathologies et qu'il interprétait ensuite ces dernières par modelage. L'intérêt scientifique et artistique de cette découverte est de réviser l'objectivité mécanique du moulage au travers du modelage.

SUMMARY

The Museum of the Saint-Louis hospital in Paris presents life casts produced by Jules Baretta in the 19th century: the casts seem incredible as they captured the complex forms of illness. How could Baretta cast in plaster an irregular epithelium or lupus without damaging the pathology or causing deep pains ? From this observation, an investigation on those casts took place and especially one on an epithelium of the nose (n° 1364) in order to understand the trade secrets. This investigation shows that Baretta used protective films on these pathologies and that he then interpreted them by modelling. The scientific and artistic interest of this discovery is to revise the mechanical objectivity of the casting through the modelling.

Montesquieu malvoyant, puis aveugle *

par Jacques BATTIN **

Montesquieu (La Brède 1689 - Paris 1755) est considéré comme le fondateur de la science politique et pour Durkheim de la sociologie, à laquelle il a donné une dimension comparative. Grand lecteur malgré sa vision déficiente, il lisait tout, mais avec esprit critique : “Voici les livres de science ou plutôt d’ignorance”, fait-il écrire à Rica dans les *Lettres persanes*. Sa culture était universelle, comme en témoigne le catalogue de sa bibliothèque établi entre 1720 et 1730, avec 3236 ouvrages classés en 95 divisions.

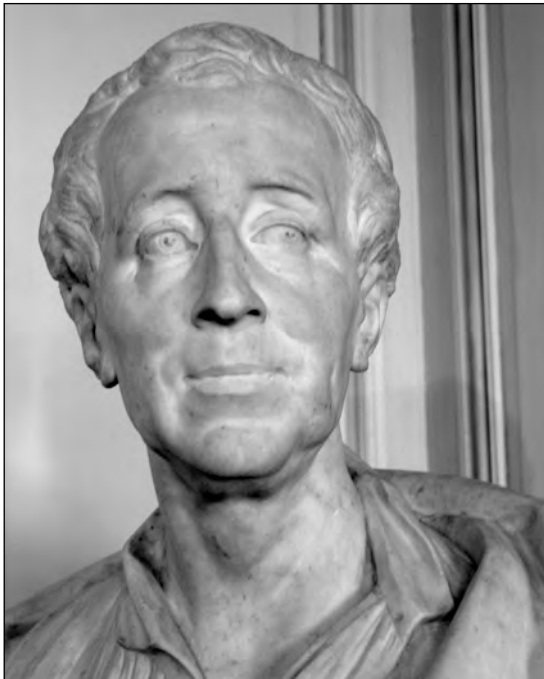


Fig. 1 : Buste de Montesquieu par J.B. Lemoyne.
Musée des arts décoratifs de Bordeaux.
(cliché de l’auteur)

Quand Charles de Secondat, baron de La Brède et de Montesquieu, évoque ses ennuis visuels dans sa correspondance, il le fait en homme d’esprit. Il fut un malvoyant éclairé. Toute sa vie, il dut recourir, en plus de sa fille Denise, à une vingtaine de secrétaires-lecteurs, dont deux bacheliers en médecine, pour lui lire les ouvrages indispensables à son grand œuvre, *L’Esprit des lois*, et écrire sous sa dictée dans sa chambre du château de La Brède, le pied appuyé à la cheminée. Sa correspondance publiée par la Voltaire Foundation d’Oxford (1) a l’intérêt de nous rendre familière la vie quotidienne du philosophe, qui gérait au mieux ses affaires, dont son vin de Graves blanc et rouge, lui assurant l’indépendance, vis à vis de la cour de Versailles.

Il se plaint souvent de ses troubles visuels et cherche des remèdes auprès de ses correspon-

* Séance de mars 2014.

** 251, avenue de la Marne, 33700 Mérignac.

dants de l'Europe des Lumières. Parmi les savants de ses amis, le naturaliste genevois Charles Bonnet, à qui il écrit de Paris, le 20 février 1754, soit un an avant sa mort ; "Je suis fâché de ne pas savoir quelle espèce de maladie des yeux vous avez, parce que je vous aurais proposé une eau dont je me sers tous les jours depuis trente ans, tirée des simples et qui m'a empêché d'être aveugle depuis trente ans. Avant ce temps-là, j'avais essayé une multitude d'innombrables remèdes ; tout m'avait été entièrement contraire. Je ne suis pas en état non plus que vous de lire ; il y a dix ans que j'en suis privé à cause d'une cataracte qui m'est survenue sur un œil..."

Déjà, dans une lettre datée d'août 1746 de Paris, il disait à son ami, l'abbé comte Octavien de Guasco - qui publiera en 1767 *Les lettres familières du président de Montesquieu à divers amis italiens* - : "Souvenez-vous que vos yeux ne valent guère mieux que les miens...Gardez les vôtres pour les choses nécessaires". Peu après, le 31 mars 1747, il écrit de Paris à Mgr Cérati, où il lui dit qu'une cataracte s'est formée sur le bon œil. Ce qui est confirmé par une lettre du 25 novembre 1746 à Maupertuis, plus précise. François Moreau de Maupertuis (1698-1759), membre de l'Académie des sciences, astronome, avait été envoyé en Laponie pour mesurer le méridien terrestre au pôle, car il voulait démontrer la véracité de la théorie newtonienne ; il s'intéressait aussi à l'hérédité et à la reproduction. C'est à lui que fit appel Frédéric II, roi de Prusse, sur les conseils de Voltaire, pour présider l'Académie des sciences de Berlin. Son ami Montesquieu lui écrit : "Il faut que je vous parle de mes yeux. Il s'est trouvé que j'en ai un sur lequel il y a une cataracte et c'est précisément celui dont je pouvais lire, car de l'autre, je n'ai jamais vu que les gros objets. Ce défaut naturel est plus commun qu'on ne pense, de voir d'un œil mieux que d'un autre, mais on n'y fait pas attention. Ma cataracte est d'une bonne qualité et mon ami M. Gendron a cru que je ferais bien d'attendre jusqu'au printemps prochain à me faire opérer...Vous touchez un endroit bien tendre quand vous me proposez un voyage à Berlin. Imaginez-vous quel bonheur ce serait pour moi de voir Frédéric ?...Que feriez-vous d'un pauvre homme qui tombe et se heurte partout, qui ne reconnaît personne et qui ne sait jamais à qui il parle ?" (2).

C'est deux ans avant la publication de *L'Esprit des Lois*, en 1748, que son auteur devint aveugle. Lui-même, le 28 mars 1748, écrivant de Paris à Guasco, emploie le mot aveugle pour se qualifier. Le monde savant européen s'émut. David Hume, le philosophe écossais, à qui Montesquieu répond de Paris le 3 septembre 1749 : "J'ai reçu la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire le 16 juillet et il ne m'a été possible de la lire qu'aujourd'hui à cause d'une grande fluxion sur les yeux et que, n'ayant point actuellement de secrétaire anglais, je ne pouvais me la faire lire". Le pasteur Jacob Vernet, à qui il avait demandé de faire imprimer l'édition originale de *L'Esprit des Lois* à Genève chez Barrillot, lui vante en 1749 certaines eaux du Valais pour apaiser ses douleurs oculaires.

La correspondance du philosophe est très informative. Dès l'enfance il voit mal d'un œil. Il dit que cet œil a toujours vu les gros objets, comme c'est le cas d'une forte myopie de plus de 4 dioptries. Il en résulte un défaut de fusion des images arrivant au cerveau, ce qui entraîne une amblyopie par anisométrie. Ce mauvais œil est certainement le gauche, car en examinant attentivement et de face le buste réalisé par Jean-Baptiste Lemoine en 1767 et conservé au musée des arts décoratifs de Bordeaux, j'ai constaté que l'axe de cet œil est dévié vers la gauche, preuve de l'amblyopie et du strabisme divergent (Fig. 1). Ce buste avait été demandé, douze ans après la mort de Montesquieu, par l'Académie royale des sciences, belles-lettres arts de Bordeaux, fondée en 1712 et à

laquelle il appartient dès sa prise de fonction de président à mortier du Parlement de Guyenne en 1715. Il l'avait dirigée à trois reprises et fondé des prix pour encourager les sciences et la médecine (3). Le sculpteur de Louis XV connaissait-il personnellement le philosophe ou savait-il qu'il avait un strabisme divergent de l'œil gauche ? Est-ce pour cela que le baron de La Brède est représenté de profil, d'après la médaille de Dacier et que lui-même avait décliné la proposition d'être portraituré par Quentin La Tour, c'est probable.

Il est certain que ce mauvais œil congénital, le gauche, a beaucoup gêné le philosophe. Toute sa vie, il a cherché un soulagement dans les bains oculaires, car il se plaint d'inflammation conjonctivale due aux efforts d'accommodation lors de ses lectures prolongées. À partir de l'âge de cinquante-cinq ans, l'œil sain, donc le droit, se voile d'une cataracte pré-sénile qui le rendra progressivement aveugle. Bien que "l'abattement" du cristallin, pratiqué par l'école grecque d'Alexandrie, il y a vingt siècles, lui eût été conseillée par le docteur Gendron, ophtalmologiste réputé et médecin du Régent, Montesquieu ne put se résoudre à se faire opérer. Sa correspondance témoigne que ses amis européens se mirent en quête de lui trouver le meilleur chirurgien. Elle prouve aussi la renommée de l'auteur de *l'Esprit des Lois*. Le comte de Morton lui écrit de Londres le 25 mai 1753 : "Je suis très préoccupé de vous entendre vous plaindre, Monsieur, de la faiblesse de votre vue. Vous n'en avez pas besoin pour acquérir des connaissances, mais elle est d'une importance infinie pour le monde, car elle vous empêche dans une certaine mesure de répandre ce que vous savez au profit de l'humanité. Je sens toute la différence qu'il doit y avoir entre se servir pour écrire de la main d'un secrétaire ou de la sienne propre..."

Un novateur lui avait été recommandé, Jacques Daviel (4). Ce Normand (1693-1768) ayant étudié la chirurgie à Rouen, Paris et Marseille, se consacra à la chirurgie oculaire. Délaissant l'antique procédé de l'abattement, il incisait la cornée et par la brèche faisait glisser le cristallin, comme on le fait depuis et il fit faire les instruments nécessaires. En 1752 il rapporta son expérience à l'Académie royale de chirurgie. Sur 306 opérations, il dit que 282 furent sans complications. Sa réputation le fit venir à Paris en 1746 et il devint chirurgien de Louis XV. Montesquieu ne put se décider à se confier à ce chirurgien réputé et il se réfugia dans un stoïcisme à l'antique, alors que Daviel aurait pu lui redonner la joie de lire, écrire à nouveau, raviver en lui "la lumière qui s'éteint".

Il supporta donc la cécité qui l'obligea à l'oisiveté, écrit-il le 13 octobre 1753 à Madame Dupré de Saint-Maur, l'épouse de l'Intendant de Bordeaux. Dans une lettre au chevalier d'Aydie, le 12 mars 1754, il plaisante : "À présent que je vieillis à vue d'œil et surtout à la vue de mon œil, je me retire, pour ainsi dire, dans mes amis". À la marquise du Deffand, dont il avait fréquenté le célèbre salon parisien et qui a dû essayer de le consoler, il lui répond de La Brède, le 13 septembre 1754, cinq mois avant sa mort à Paris : "Vous dites que vous êtes aveugle ! Ne voyez-vous pas que nous étions autrefois, vous et moi, de petits esprits rebelles qui furent condamnés aux ténèbres ? Ce qui doit nous consoler, c'est que ceux qui voient clair ne sont pas pour cela lumineux... Je suis accablé d'affaires ; mon frère est mort ; je ne lis pas un livre, je me promène beaucoup, je pense souvent à vous, je vous aime".

Des manuscrits contenus dans la bibliothèque du château de La Brède étaient destinés à enrichir son grand oeuvre *l'Esprit des Lois*. Ainsi celui concernant les mines du haut Aragon, près de Bielsa où Montesquieu s'inquiète à nouveau, comme lors de sa visite des mines du Hartz, de la santé des mineurs. Ceux-ci, pour extraire le bleu de cobalt destiné

aux porcelaines de Saxe par delà les Pyrénées et le canal de Riquet, sont exposés lors de l'extraction du minerai à l'arsenic et à ses mortels effluves (5). Ce souci juridique fait de lui un précurseur en santé publique dans les maladies professionnelles.

Dans le dossier de l'*Esprit des Loix*, il s'en explique et se livre à une rare confiance : "J'avais conçu le dessein de donner plus d'étendue et plus de profondeur à quelques endroits de cet ouvrage ; j'en suis devenu incapable. Mes lectures ont affaibli mes yeux et il me semble que ce qui me reste encore de lumière n'est que l'aurore du jour où ils se fermeront pour jamais. Je touche presque au moment où je dois commencer et finir, au moment qui dévoile et dérobe tout, au moment mêlé d'amertume et de joie, au moment où je perdrai jusqu'à mes faiblesses mêmes (6). "Dans la pensée 551, il révèle son stoïcisme : "Quand je devins aveugle, je compris d'abord que je saurais être aveugle. On peut compter que, dans la plupart des malheurs, il n'y a qu'à savoir se retourner. Dans ce cas, la plupart des malheurs entreront dans le plan d'une vie heureuse. Il est très aisé, avec un peu de réflexion, de se défaire des passions tristes (7)".

Ces extraits de la *Correspondance* aident à mieux comprendre la grandeur d'âme et la simplicité du philosophe de La Brède. Son œuvre conserve depuis deux siècles et demi son pouvoir de séduction et continue à nourrir la réflexion politique (8), tant son exigence de justice et de liberté nous concerne (9).

NOTES

- (1) MONTESQUIEU, *Œuvres complètes, Correspondance*, Voltaire Foundation, Oxford, 1998.
- (2) BATTIN J. - "Montesquieu, les sciences et la médecine en Europe". Colloque Montesquieu et l'Europe, éd. William Blake and Co / *Les Belles Lettres*, 2005, 77-107, et *Histoire des sciences médicales*, 2007, XLI, 3, 1-12.
- (3) BATTIN J. - *Médecins et malades célèbres*, préface d'Yves Pouliquen, 2ème édition, Glyphé, Paris, 2012, 331-337.
- (4) POULIQUEN Y. - *Un oculiste au siècle des Lumières, Jacques Daviel (1693-1762)*, Odile Jacob, Paris, 1999.
- (5) "Les plus belles pages des manuscrits de Montesquieu confiés à la Bibliothèque municipale de Bordeaux par J. de Chabannes", présentés par C. Volpilhac-Augier et H. de Bellaigue. éd. William Blake and Co, Bordeaux, 2005, manuscrit 2526/ 13, 27-29.
- (6) MONTESQUIEU. - *Dossier de l'Esprit des Loix*. Pléiade, Œuvres complètes, II, Paris, II, 206,1041.
- (7) Pensée 551, Pléiade. *Œuvres complètes*, I, 1064.
- (8) JUPPÉ A. - *Montesquieu le moderne*. éd. Perrin, Paris, 1999.
- (9) *Montesquieu, la justice, la liberté. Hommage de Bordeaux à Montesquieu*, 19-21 mai 2005. Actes du colloque organisé par l'Académie Nationale des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Bordeaux, à l'occasion du 250ème anniversaire de la mort de Montesquieu en 1755, Bordeaux, 2007.

RÉSUMÉ

La correspondance de Montesquieu publiée par la Voltaire Foundation d'Oxford nous renseigne sur les difficultés visuelles de l'auteur de l'Esprit des lois. Son buste a été réalisé dix ans après sa mort à la demande de l'Académie de Bordeaux par le sculpteur du roi Louis XV Jean-Baptiste Lemoyne et est conservé au musée des arts décoratifs de Bordeaux. Son examen de face montre un strabisme divergent de l'œil gauche. Celui dont il disait ne voir depuis toujours que les gros objets. Cette amblyopie a été cause d'une gêne permanente qui lui fit rechercher des remèdes aptes à apaiser la douleur entraînée par les efforts d'accommodation pour la netteté des images. Durant la dernière décennie de sa vie il devint aveugle à la suite de la cataracte de l'œil sain, le droit. Il ne put se résoudre à se faire opérer par Jacques Daviel, qui aurait pu lui rendre la vue.

MONTESQUIEU MALVOYANT, PUIS AVEUGLE

Les lettres à ses amis dont la marquise du Deffand dont il fréquenta le salon pendant sa jeunesse sont marquées de son esprit brillant où se mêle un stoïcisme digne des auteurs antiques.

SUMMARY

*The correspondence of Montesquieu published by the Oxford Foundation informs about visual disorders of the founder of the socio-political science. The examination of his bust's face done by J.B. Lemoyne reveals a divergent squint of the left eye; the one with which he fold that he only could see big objects. This amblyopia was a premature and prolonged embarrassment. During the last ten years of his life, from 1748, date of publication of the *Esprit des lois* up to his death in 1755 he was blind because of the cataract of the other eye. He has not able to bust in surgery, while the French surgeon Jacques Daviel already proceeded to the extraction of the lens as we do it nowadays.*

Approche comparée des pratiques médicales de “massage” et de “gymnastique” à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle (Angleterre, France, Allemagne, Suisse) *

par Grégory QUIN **

Introduction

Massage et gymnastique médicale sont des pratiques ancestrales de l’art médical, néanmoins celles-ci semblent connaître un développement accéléré entre 1870 et la première Guerre mondiale avec l’affirmation d’une discipline dite “physiothérapie” aux confins des champs médicaux nationaux européens. De fait, les déterminants de ces développements sont nombreux et touchent à différents aspects de la modernité médicale occidentale : spécialisation, professionnalisation, transferts culturels, logiques géopolitiques et nationalistes, recompositions des questionnements orthopédiques et diffusion d’un courant gymnique suédois aux accents très “médicaux”. En Allemagne et en Suisse, la gymnastique suédoise trouve une tradition gymnique déjà bien implantée, où les médecins investissent bientôt ses pratiques et de nombreux gymnases et/ou instituts médicaux. En France, les médecins semblent s’approprier plus directement les discours des promoteurs de la gymnastique suédoise, souvent accusés d’exercice illégal de la médecine. En Angleterre enfin, la situation semble être intermédiaire, avec une appropriation des discours par certains médecins dans un marché relativement ouvert, qui voit des gymnastes suédois enseigner leurs méthodes jusque dans les formations d’enseignants à Londres par exemple, mais aussi les infirmières hospitalières bénéficier d’une assez grande autonomie, jusqu’à développer elles-mêmes l’institution faïtière de massage et de gymnastique médicale (1).

Sur la base de ces premiers constats, notre ambition est de poser quelques premiers jalons d’une “histoire croisée” de l’institutionnalisation de la physiothérapie en Europe. Il s’agit ainsi d’observer à la fois les parallèles chronologiques des processus respectifs à chacun des pays, mais aussi de dégager certaines spécificités, car s’il existe une dynamique supranationale de la diffusion de la gymnastique suédoise, sa réception et son interprétation diffèrent. Il s’agit donc de s’intéresser “autant à ce que le croisement peut produire de neuf et d’inédit qu’à la manière dont il affecte chacune des parties “croisées”,

* Séance de mai 2014.

** Université de Leicester, International Centre for Sports History and Culture.

dont on présuppose qu'elles restent identifiables, mêmes altérées" (2), à la manière de ce que nous avons déjà pu mettre à jour autour de la construction de la rééducation motrice dans ces mêmes années (3).

Pour mettre en œuvre nos analyses, nous avons croisé des sources émanant de différents pays et de différentes institutions (hôpitaux, sociétés scientifiques ou professionnelles), associées à une lecture attentive de l'historiographie francophone, anglo-saxonne et germanophone. Il convient enfin de préciser que pour des raisons tenant à la fois à la dimension d'un tel article, à la clarté du propos et au caractère expérimental d'une telle histoire croisée, nous nous focaliserons avant tout sur les cas britanniques et français, soulignant les points de contact avec les dynamiques allemandes et helvétiques.

L'essor du massage et de la gymnastique médicale en Europe

Dans le dernier tiers du XIX^{ème} siècle et jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale, le massage et la gymnastique médicale vont faire l'objet d'un intérêt très important, tant de la part des médecins que d'autres acteurs à la légitimité variable (masseurs, rebouteux, gymnasiarques, fabricants de corsets, etc.). Cet essor s'appuie sur les développements de l'alliance entre l'orthopédie et la gymnastique, telle qu'elle s'est mise en place dans la première moitié du siècle (4), et il va se lier à la diffusion de la gymnastique suédoise à travers l'Europe (5).

En effet, initiée par Per Henrik Ling durant les premières décennies du XIX^{ème} siècle, cette "méthode" essaime en Europe à partir des années 1840. En Allemagne, elle génère précocement un certain nombre de travaux sur la gymnastique médicale dès les années 1840, et notamment ceux d'un certain Hugo Rothstein, chez lequel le terme de "gymnastique médicale" (*Heilgymnastik*) apparaît pour la première fois dans la langue allemande. Mais ce sont surtout deux médecins qui comptent parmi les principaux promoteurs de la gymnastique suédoise en Allemagne : Albert Neumann et Moritz Eulenburg, qui cherchent alors notamment à engager la gymnastique suédoise dans la lutte contre les affections chroniques (6). En France, la méthode suédoise se fait connaître avec la publication en 1847 de la *Kinésithérapie ou Traitement des maladies par le mouvement*, publiée par Carl Georgii. Ambassadeur officiel de Hjalmar Ling, fils du fondateur de la méthode éponyme et devenu responsable de l'École de Stockholm après la mort de son père en 1839, Georgii y précise les innovations de Ling en termes de gymnastique, et notamment en ce qui concerne les mouvements passifs, "tels que pressions, frictions, percussions, froissements (massage), tremblements, soulèvements, balancements, ligatures, mouvements ou attitudes propres à produire des congestions sanguines, passagères et artificielles dans un organe quelconque" (7). Décrié par le chirurgien orthopédiste François Malgaigne, il ne réussit pas à s'installer dans la capitale française et part pour Londres après quelques mois, où il publie *A Few Words on Kinesipathy, or Swedish Medical Gymnastics* en 1850 et fonde un "établissement où il développe la gymnastique suédoise pour les malades" (8). Il s'engage alors pleinement dans la diffusion de cette gymnastique suédoise et du massage en Grande-Bretagne, et bientôt il complète son premier ouvrage par *The movement Cure*, publié dès 1852, qui promeut une méthode faite de mouvements actifs, mais aussi de "*mouvements indépendants de la volonté*, reposant sur des stimulus prenant la forme de *frictions, vibrations, pressions, percussions, ligatures*, etc. dirigées sur les nerfs, les vaisseaux sanguins et les organes internes" (9). De fait, en Angleterre, la gymnastique suédoise semble rencontrer un bon accueil, notamment à Londres, où des institutions "suédoises" vont voir le jour dans les années 1870, telle la

Swedish Institution for the Cure of Diseases by Manual Treatment d'Henrik Kellgren, très active dès 1875 selon les prescriptions qui y sont faites (10).

Bien que décrié lors de son passage en France et s'il n'y a pas de liens directs de causalité, la tentative du gymnasiarque suédois Georgii est néanmoins contemporaine de l'introduction de pratiques gymniques à l'hôpital des Enfants Malades par Napoléon Laisné (11). Dans les hôpitaux, il ne s'agit pas initialement de massage mais bien de gymnastique, pourtant celle-ci intègre pleinement les frictions, pressions et autres manipulations présentes dans la méthode suédoise. Napoléon Laisné en fait état dans son ouvrage décrivant ses expériences hospitalières : "M. Blache a, d'ailleurs, justement rappelé notre attention sur cette gymnastique passive (...) qui s'est montrée si efficace à l'Hôpital des Enfants. (...) Ces effets mécaniques de pression, de frictions, de condensation, de distension des tissus (...) ont été mis à profit depuis longtemps dans le nord de l'Europe, pour la cure d'un grand nombre de maladies, et en particulier la chorée ; ils font une partie essentielle de cette gymnastique suédoise, ou de Ling" (12).

Dans la foulée de ces expériences hospitalières parisiennes, trois ouvrages paraissent en 1863, 1868 et 1869, marquant l'émergence de questionnements très spécifiques au massage. Il s'agit respectivement de la thèse de Jean Estradère, *Du massage : son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*, de l'ouvrage de Napoléon Laisné, *Du massage, des frictions et manipulations appliqués à la guérison de quelques maladies*, et de celui de Phélippeaux, *Étude pratique sur les frictions et le massage*. S'il se base sur son expérience dans l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon, Jean Estradère entame son propos par une exégèse de la gymnastique suédoise et de ses interprétations par "MM. Berend, Georgii, Dally et Meding (...)", soulignant que le massage "loin de tomber dans l'oubli, est aujourd'hui plus en vogue que jamais dans les gymnases nationaux de Suède" (13). De fait, l'influence de ces ouvrages dépasse largement le microcosme hospitalier parisien, comme en témoigne la présence de la catégorisation des pratiques inventée par Estradère dans la plupart des traités parus jusqu'à la première Guerre mondiale en Europe. De même, dans son traité *Massotherapeutics* de 1889, le docteur William Murrell souligne que "parmi les méthodes de massage de l'abdomen, celle de Laisné est sans doute la meilleure" (14). Une circulation des savoirs semble donc exister parallèlement à la diffusion de la gymnastique suédoise.

En filigrane, la question qui se pose est celle de la légitimité d'une pratique, mais aussi celle des conditions dans lesquelles elle peut être appliquée aux patients. En France, les pratiques du massage suscitent une certaine méfiance de la part des médecins qui cherchent plutôt à asseoir leur domination sur un espace dont ils pourraient tirer profit. Ainsi, le professeur Georges Dujardin-Beaumetz essaye d'imposer le terme de "massothérapie", pour ancrer les procédés dans la thérapeutique et la médecine (15), alors que le docteur Léon Petit – élève de Dujardin-Beaumetz – organise la traduction d'un ouvrage d'un médecin viennois, le docteur Reibmayr. Paru en 1885, *Le massage par le médecin* indique son ambition dès son titre, et surtout il veut s'inscrire dans une dynamique à l'échelle européenne : "en Allemagne, en Suède, en Hollande, en Angleterre, les mémoires pullulent depuis la thèse inaugurale d'Estradère" (16). L'usage de "Massotherapeutics" par William Murrell – introduit dans le titre de la quatrième édition de son manuel de massage (17) – s'inscrit également dans cette ligne, à ceci près que l'auteur ne cherche pas à en faire un domaine réservé, par "*Massotherapeutics*, (il

entend les aspects scientifiques du sujet ; le massage comme un agent thérapeutique et non pas comme une sorte d'atout publicitaire pour des hôteliers en mal de clients" (18).

En ce qui concerne la gymnastique *stricto sensu*, si elle a acquis davantage de légitimité au contact de l'orthopédie dans les premières décennies du XIX^{ème} siècle, les débats sont moins ardents. De fait, les premières tentatives d'institutionnalisation en milieu médical, associées aux usages militaires et scolaires, favorisent sa reconnaissance par les médecins.

Scandalisation et médicalisation : genèse d'une "profession"

Il apparaît à la lueur de ces analyses que l'essor du massage et de la gymnastique médicale est une conséquence des réinterprétations incessantes de la gymnastique suédoise à travers l'Europe dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. S'il semble y avoir de plus en plus de précisions dans les différentes techniques de massage : effleurage, tapotements, frictions, etc., et si l'étendue des pathologies soumises à ces pratiques semble augmenter, il existe également des innovations plus complètes comme dans le cas du "massage gynécologique" développé en Suède par le major Thure-Brandt et diffusé en Allemagne par son propre fils (19). Son promoteur en France, le docteur Horace Stapfer, futur trésorier de la *Société de Kinésithérapie* en 1900, relate ainsi sa découverte : "Feuilletant un jour, dans la *Revue des Deux mondes*, un article du (Docteur) Lagrange sur la gymnastique médicale suédoise qui ne m'était pas tout à fait inconnue, je vis que le massage était appliqué avec succès aux maladies des femmes par Thure Brandt. Mon parti fut vite pris. Je demandai et obtins une mission honorifique pour étudier les traitements suédois. M. Brouardel me demanda simplement de ne pas mentionner le massage gynécologique qui avait jadis été condamné au nom de la morale, dans ma demande. Cette condamnation que j'ignorais ne m'arrêta point. (...) D'ailleurs ce n'est pas le massage seul que j'allais étudier. C'était une méthode nouvelle dont le massage faisait partie, car à en juger par un livre de MM. Jentzer et Bourcart, récemment publié en Suisse et à Paris, certains mouvements des bras et des jambes, en un mot, la gymnastique spéciale, tenaient une place importante dans le traitement" (20).

À Londres et à Paris, le milieu des années 1890 va se révéler décisif, pour l'émergence d'une profession de masseuse/masseur. À Londres tout d'abord, durant l'été 1894, la très emblématique et très sérieuse revue médicale *British Medical Journal* publie un éditorial décrivant l'immoralité de certains "établissements" de massage (21), dont l'activité ne serait pas toujours médicale. La critique devient "scandale" lorsque de nombreux titres des presses londonienne et britannique reprennent l'affaire dans les jours et les semaines qui suivent, qualifiant les pratiques des masseuses et des masseurs de "prostitution déguisée" (22). Il faut également souligner que l'article initial du *British Medical Journal* débute par le constat que le problème de l'immoralité de certains établissements doit entraîner le rassemblement formel de "ceux passés par une véritable formation et qui ont obtenu un certificat" (23). L'absence de véritable contrôle médical ou politique a sans doute laissé se développer des pratiques douteuses, mais il est également des usages du massage, notamment dans les hôpitaux, où il existe des formations et des certifications pour les infirmières (24).

En France, malgré des critiques contre les rebouteux et charlatans, il n'y a point de scandale et la création des premières écoles de massage s'inscrit dans la continuité des luttes pour l'affirmation d'une tutelle médicale sur des auxiliaires médicaux consécutivement aux dispositions de la loi de 1892 (25). Si quelques jeunes médecins, comme

Georges Berne ou Just Lucas-Championnière, utilisent le massage dans leurs activités à l'hôpital, le massage relève alors des infirmières dans les hôpitaux, comme le laissent supposer les indications données par le docteur Bourneville dans son *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière* publié en 1889, mais sous la plus stricte direction médicale : “les masseurs et masseuses doivent borner leur rôle à exécuter fidèlement les prescriptions médicales, et se garder de prendre aucune espèce d'initiative. Le massage est un procédé thérapeutique excellent lorsqu'il est indiqué par la nature de la maladie. Or pour saisir ces indications, des connaissances médicales et chirurgicales très étendues sont nécessaires. Un massage hors de propos peut déterminer des accidents mortels” (26).

En 1895, le docteur Paul Archambaud crée l'École Française d'Orthopédie et de Massage (EFOM). Après avoir constaté les carences du système hospitalier en termes d'application du massage, le docteur Archambaud va tenter d'imposer deux types de pratiques, dont l'une – l'orthopédie – serait réservée aux médecins et l'autre – le massage – serait destiné à des aides. La filiation se revendique explicitement de l'orthopédie et non de la gymnastique suédoise, et les enseignements sont ainsi d'abord réservés aux médecins et aux étudiants en médecine qui désirent développer leurs compétences. Une formation secondaire est ouverte aux masseurs, dont la certification ne permet qu'une pratique limitée et strictement dépendante de la tutelle médicale. Adossée à une clinique, l'École cherche à remplir un vide laissé par la Faculté de médecine, à la marge de laquelle elle va demeurer. L'École Pratique du Magnétisme et de Massage fondée en 1893 à Paris, sous la direction d'Hector Durville, se trouve alors dans une situation identique, avec une existence légale et des certifications en magnétisme et massage, mais elle va se retrouver face à certaines critiques venant du corps médical, peu enclin à reconnaître une quelconque autonomie à ses auxiliaires. De fait, ces institutions ne vont pas permettre l'établissement d'un contrôle sur un groupe de praticiens, même lorsque ceux-ci sont formés dans les écoles mentionnées.

De l'autre côté de la Manche, la réponse au scandale de 1894 n'est pas une école mais une institution – *The Society of Trained Masseuses* – qui va se donner pour tâche de superviser les activités de massage en instituant quelques principes fondamentaux pour la profession en devenir : – pas de massage en dehors de la supervision médicale ; – pas de massage à visée générale, sauf dans le cas d'activités hospitalière bien spécifiques ; – pas de publicité en dehors des publications professionnelles (27).

Rapidement, l'institution met en place des examens pour les infirmières souhaitant recevoir la qualification de “masseuse”, reposant sur des connaissances en anatomie, en physiologie et en pratique. Face au scandale, ce sont donc des infirmières qui se structurent pour défendre une activité qui semble faire partie de leur quotidien dans les hôpitaux londoniens (28), comme le souligne Lucy Robinson dans le journal *Nursing Notes* quelques mois avant le scandale, évoquant plusieurs années d'expérience (29).

D'une certaine manière et malgré un certain nombre de publications, les médecins anglais demeurent à distance de l'émergence concrète d'une profession, dont ils défendent par ailleurs l'utilité, comme sous la plume du docteur Henry Hulbert dans sa préface à un manuel de massage publié par une membre de la *Society of Trained Masseuses*, Mary Anna Ellison, en 1898. “Il ne peut plus subsister de doute sur l'utilité du massage comme agent thérapeutique, et tous les efforts doivent être faits pour promouvoir ce moyen naturel de traitement des maladies, à la fois par le public et par la profession médicale” (30).

Institutionnalisation et hôpitaux

À Londres, au sein du *National Hospital for the Relief and Cure of the Paralysed and Epileptic* tout comme dans le *Saint-Bartholomew's Hospital*, des pratiques de massage existent dès les années 1890, avec même une certification autonome consécutive à un temps de pratique et à quelques enseignements d'anatomie et de physiologie. L'existence de ces "formations" s'explique notamment par les logiques de la construction du champ médical britannique qui repose d'abord sur des hôpitaux autonomes et qui ne possède pas une administration centralisée comme en France. Ainsi, à la suite de la création de la *Society of Trained Masseuses*, qui devient *Incorporated Society of Trained Masseuses* en 1900, les hôpitaux vont se lancer dans la création de véritables écoles de massage.

En décembre 1903, le *National Hospital for the Relief and Cure of the Paralysed and Epileptic* installe une sous-commission chargée de réfléchir "à la question de l'enseignement du massage et de l'électricité dans l'hôpital" (31). Dès sa première séance, cette sous-commission déclare "être en faveur du système suédois de massage" ; elle ajoute "qu'il faudra s'assurer que les certificats ne soient délivrés qu'à des étudiants qui auront suivi des examens, dirigés par des médecins, en anatomie et physiologie, ainsi qu'évidemment en pratique" (32). Les formations doivent avoir lieu quatre fois par an, sur trois mois, et vont débiter à l'automne 1904. Elles rencontrent rapidement du succès et ce ne sont pas moins de 412 masseuses et masseurs qui seront formés dans ce seul hôpital avant 1914 (33).

Dans l'hôpital *Saint-Bartholomew's*, le processus est un peu plus tardif et repose sur une forme d'externalisation des formations. En effet, dans ce cas, il existe un accord avec une école de massage hors-les-murs, dirigée par Madame Wilson, qui assume également la charge de masseuse dans l'hôpital depuis 1907 (34). Les étudiantes et étudiants de cette école viennent faire leur stage à l'hôpital chaque après-midi et au bout de leur formation reçoivent un diplôme de l'école et sont encouragés à postuler aux examens mis en place par l'*Incorporated Society of Trained Masseuses* à la fois pour le massage et les "exercices suédois" (35). Toutefois, la situation est complexe et Madame Wilson se voit interdire de promouvoir ses formations via son rattachement hospitalier (36). Au sein de l'hôpital *Saint-Thomas*, un département dédié aux "exercices physiques" est inauguré en 1898, celui-ci constitue un autre exemple de ces lieux d'exercice d'un système "suédois" où se mêlent massage et exercices du corps (37). Du reste, l'*Incorporated Society of Trained Masseuses* intègre rapidement les exercices de la gymnastique suédoise, en organisant quelques cours pour ses membres dès juillet 1900 et en fixant les conditions d'un examen complémentaire de "Swedish Remedial Exercise" ("Exercice suédois de rééducation") en 1904 (38).

L'association parfois explicite entre massage, gymnastique et électricité dessine un ensemble de pratiques formant les contours de la physiothérapie, néanmoins ce terme n'apparaît pas dans la langue anglaise avant la Première Guerre mondiale. En outre, ces pratiques restent inscrites dans les attributions des infirmières masseuses, qui vont jusqu'à limiter partiellement l'accès des médecins à leur association professionnelle.

En France, la situation est quelque peu différente, notamment en raison de la moindre structuration de la profession d'infirmière jusqu'à la Première Guerre mondiale, toutefois certaines pratiques existent, dont témoignent les travaux de certains médecins, mais aussi de certains auxiliaires. Dans les quatre écoles municipales d'infirmières fondées en 1878 à Paris et dirigées par le docteur Bourneville, le massage apparaît dans les programmes si l'on se réfère aux tables des matières de son *Manuel pratique de la garde-malade et*

de l'infirmière, et d'autres médecins, comme le docteur Gustave de Frumerie, interviennent dans ces écoles sur ce sujet depuis la fin des années 1890 (39).

Surtout, conformément à l'intérêt des médecins pour la protection de leurs intérêts professionnels, la dynamique médicale française est plus scientifique, notamment sous l'impulsion de la Société de kinésithérapie à partir de 1900. Elle se donne "pour but de grouper les médecins s'occupant de gymnastique médicale et de massage, de recueillir les observations et les expériences se rapportant à cette branche de la médecine et de les discuter", mais aussi "d'examiner et d'étudier les questions déontologiques et professionnelles intéressant particulièrement cette spécialité". Dans la *Revue de Cinésie et d'Électrothérapie*, qui publie les premiers comptes rendus des séances de la *Société de kinésithérapie*, les sujets sont initialement orientés vers une définition des contenus des pratiques, ainsi autour de la "modification du tracé du pouls sous l'influence des exercices méthodiques" par le docteur Fernand Lagrange, de la "gymnastique respiratoire" avec le docteur Charles Vuillemin. Les principaux promoteurs du massage et de la gymnastique médicale se retrouvent dans la société, sous le patronage d'Etienne-Jules Marey.

Toutefois, les débats vont se déporter sur des questions déontologiques et professionnelles, à la faveur des tentatives des magnétiseurs pour faire reconnaître leur statut, notamment par la présentation d'une pétition face à la représentation nationale demandant l'assouplissement de la loi de 1892. La *Société de kinésithérapie* va mener l'opposition avec la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Paris*, allant jusqu'à brandir la menace de la prostitution, comme dans l'ouvrage *Massage et Masseurs* du docteur Lièvre en 1904, créant les conditions d'une "scandalisation" (40) *a posteriori* par rapport à la situation anglaise. Dans le même ouvrage, le docteur Lièvre propose alors la création de services de massothérapie dans les hôpitaux (41), dont la structure envisagée ressemble grandement à celle des hôpitaux londoniens.

Loin de clore les débats, il faut encore un congrès sur l'exercice illégal de la médecine, organisé en 1906 à Paris, pour réaffirmer l'inscription de la massothérapie dans le champ médical pour ses applications thérapeutiques. La gymnastique de son côté poursuit également sa diffusion dans les hôpitaux mais se heurte au manque d'infrastructures et de praticiens. En effet, à l'orée du XX^{ème} siècle, il n'existe que "deux gymnases appareillés dans les hôpitaux de Paris et aucun praticien officiellement reconnu" (42). À l'influence suédoise déjà évoquée, s'ajoutent une tradition "orthopédique" qui remonte aux années 1830 et surtout les effets de la nouvelle neurologie, pour dessiner les contours d'une véritable "rééducation motrice" (43).

Épilogue : Parce que la guerre ne fait pas tout...

Nous avons déjà pu souligner que les processus de développement de la kinésithérapie française étaient ceux d'une "spécialisation impossible" (44), et la comparaison avec l'exemple anglais montre comment des dynamiques proches peuvent aboutir à des réalisations différentes. Surtout, le cas anglais souligne comment l'absence de tutelle médicale peut laisser se structurer une institution durable chargée de la promotion et du contrôle des prolégomènes de la physiothérapie.

En Allemagne et en Suisse, le développement de la physiothérapie emprunte aux deux exemples français et anglais. Détachées d'une tutelle médicale trop envahissante, les pratiques de massage et de gymnastique médicale se développent dans certains hôpitaux helvétiques (45), voire dans certaines cliniques orthopédiques privées (46). Surtout,

l'existence d'une ancienne tradition hydrothérapique va placer ces pratiques au cœur de la fabrication de la physiothérapie et l'affirmation des méthodes d'une médecine reposant sur l'utilisation des agents physiques (47).

Si l'historiographie a imposé l'idée que la Première Guerre mondiale et ses "Gueules cassées" ont déclenché une véritable révolution dans les pratiques de massage, de rééducation physique et de réadaptation fonctionnelle en Europe, il semble clairement à la lueur de nos analyses que ces bouleversements font suite à un lent travail de structuration des savoirs et d'expérimentations pratiques, ainsi qu'à la mise en place d'institutions stables susceptibles de produire des cursus de formation et d'assurer le contrôle des connaissances et des compétences de leurs étudiants et des futurs praticiens.

NOTES ET BIBLIOGRAPHIE

- (1) WICKSTEED J. - *The growth of a profession, being the history of the Chartered Society of Physiotherapy, 1894-1945*, London, Edward Arnold, 1948.
- (2) WERNER M., ZIMMERMANN B. - "Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité", *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2003, 58, n° 1, 16.
- (3) MONET J., QUIN G. - "De la pendaison à la rééducation motrice", *Histoire des sciences médicales*, 2012, 46, n° 3, 235-244.
- (4) MONET J., QUIN G. - "Sauveur-Henri-Victor Bouvier (1799-1877) : orthopédiste, chirurgien et promoteur de l'éducation physique", *Gesnerus*, 2013, 70, n° 1, 53-67.
- (5) PFISTER G. - "Cultural Confrontations : German *Turnen*, Swedish Gymnastics and English Sport – European Diversity in Physical Activities from a Historical Perspective", *Culture, Sport, Society*, 2003, 6, n° 1, 61-91.
- (6) SCHEEL K. - *Modelle und Praxiskonzepte der Physiotherapie. Eine Verortung innerhalb von Anthropologie und Ethik*. Berlin, Lit Verlag, 2012, 114 et suivantes.
- (7) Von SCHÖLER J. - *Über die Anfänge der Schwedischen Heilgymnastik in Deutschland- ein Beitrag zur Geschichte der Krankengymnastik im 19. Jahrhundert. Thèse méd.* Munster, 2005, 61.
- (8) STEUDEL H. - *Praktik der Heilgymnastik*, Stuttgart, Metzler'schen, 1860, 147.
- (9) GEORGH A. - *The Movement Cure*, London, Baillière, 1852, 8.
- (10) Archives Wellcome Library, Document personnels Henrik Kellgren, Prescriptions pour les patients accueillis au sein du *Swedish Institution for the Cure of Diseases by Manual Treatment*, Londres, 1875-1892.
- (11) QUIN G. - "Un professeur de gymnastique à l'hôpital. Napoléon Laisné (1810-1896) introduit la gymnastique à l'hôpital des Enfants malades (1847)", *STAPS*, 2009, 86, n° 4, 79-91.
- (12) LAISNE N. - *Application de la gymnastique à la guérison de quelques maladies*, Paris, Leclerc, 1865, 192.
- (13) ESTRADÈRE J. - *Du massage. Son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*, Paris, Delahaye, 1863, p. 9-10.
- (14) MURREL W. - *Masso-therapeutics or Massage as a Mode of Treatment*, London, Lewis, 1889, 54.
- (15) MONET J. - *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. Thèse soc.* Paris, 2003.
- (16) PETIT L. - *Le massage par le médecin. Physiologie, manuel opératoire, indications*, Paris, Coccoz, 1885, XV.
- (17) Paru pour la première fois en 1886, l'ouvrage s'intitule alors uniquement *Massage as a Mode of Treatment*. De fait, la réédition de l'ouvrage chaque année prouve à elle seule le succès du massage.
- (18) MURREL W. - *op. cit.*, note 14, V.
- (19) HEYLL U. - *Wasser, Fasten, Luft und Licht. Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland*, Frankfurt, Campus, 2006, 81.

- (20) STAFFER H. - *Comment on fonde une méthode. Conférence faite sous la présidence du professeur Pinard*, Dijon, Darantière, 1898, p. 9.
- (21) *British Medical Journal*, le 14 juillet 1894, p. 88.
- (22) NICHOLLS D., CHEEK J. - "Physiotherapy and the shadow of prostitution : The Society of Trained Masseuses and the massage scandals of 1894", *Social Science & Medicine*, 2006, n° 62, 2336-2348.
- (23) *British Medical Journal*, 14 juillet 1894, p. 88.
- (24) *Nursing Notes*, le 1er mai 1892.
- (25) HOERNI B. - "La loi du 30 novembre 1892", *Histoire des Sciences Médicales*, 1998, 32, n° 1, 63-68.
- (26) BOURNEVILLE D. - *M. Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*, Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1889, tome 3, p. 269.
- (27) Archives de la Chartered Society of Physiotherapy (désormais "Archives CSP"), Society of Trained Masseuses, Procès-verbal de la première réunion officielle qui s'est tenue dans les locaux de l'institut des sages-femmes, décembre 1894.
- (28) BARCLAY J. - *In good hands: The history of the chartered society of physiotherapy 1894-1994*, Oxford, Heinemann, 1994, p. 17-18.
- (29) *Nursing Notes*, le 1er mars 1894.
- (30) ELLISON M. A. - *A Manual for Students of Massage*, London, Baillière, Tindall and Cox, 1898, VII.
- (31) Archives du National Hospital for Neurology and Neurosurgery (désormais "Archives NHNN"), Sous-commissions, procès-verbal de la sous-commission chargée de "la question de l'enseignement du massage et de l'électricité dans l'hôpital", le 10 décembre 1903.
- (32) Archives NHNN, Sous-commissions, procès-verbal de la sous-commission chargée de "la question de l'enseignement du massage et de l'électricité dans l'hôpital", le 17 décembre 1903.
- (33) Archives NHNN, Registre des certifications de massage, consulté pour la période 1905-1920.
- (34) Archives du Saint-Bartholomew's Hospital (désormais "Archives SBH"), Comité médical, Procès-verbal de la séance du 7 août 1907.
- (35) Archives SBH, Mémoire sur les origines de la physiothérapie au sein de l'hôpital, 1912-1918, annexe A, Lettre du secrétaire honoraire du comité médical, le 3 juin 1924.
- (36) Archives SBH, Comité médical, Procès-verbal de la séance du 6 juillet 1910.
- (37) Archives du King's College, Liddell Hart Centre for Military Archives, Archives de l'hôpital *Saint Thomas*, Rapport annuel, 1899, p. 449.
- (38) BARCLAY J. - *op. cit.*, note 28, p. 47-48.
- (39) DE FRUMERIE G. - *La pratique du massage*, Paris, Vigot, 1904.
- (40) OFFERLE M. - *Sociologie des groupes d'intérêts*, Paris, Montchrestien, 1998.
- (41) LIÈVRE L. - *Massage et Masseurs*, Paris, Paulin, 1904.
- (42) MONET J. - *La naissance de la kinésithérapie*, Paris, Glyphe, 2009, p. 147.
- (43) MONET J. - QUIN G. - *op. cit.*, note 3.
- (44) MONET J. - Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie. *Regards sociologiques*, 2005, n° 29, 115-130.
- (45) HASLER V. - La physiothérapie en Suisse romande au cours du XXème siècle. *Mains Libres*, 2011, n° 6, 1-6.
- (46) WEISZ G. - Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, 156-157, 37-51.
- (47) HEYLL U. - *op. cit.*, note 19.

RÉSUMÉ

Massage et gymnastique médicale sont des pratiques ancestrales de l'art médical, néanmoins ils semblent connaître un développement accéléré entre les années 1860 et la première Guerre mondiale en Europe. Ces pratiques sont consacrées avec l'institutionnalisation de la discipline "physiothérapie" ou "kinésithérapie", rassemblant les paramédicaux formés aux pratiques du massage et de la gymnastique. De fait, les déterminants de ce développement sont nombreux : spécialisation, professionnalisation, transferts culturels, logiques géopolitiques et nationalistes, influence d'un courant suédois de la gymnastique.

SUMMARY

Massage and medical gymnastics are very ancient form of medical practices and knowledge, nevertheless they seem to focus a growing attention between 1860 and World War I in Europe. These practices know a quick institutionalization, and the physiotherapy or "kinesitherapy" emerge as a discipline with some more structured training course for students and future practitioners. In fact, the determinants of this development are numerous, specialization, professionalization, cultural transfer, and more broadly with geopolitical influences and nationalist feelings, influence of the Swedish gymnastics.

La présence des volatiles, des animaux aquatiques et des insectes dans le langage médical *

par Philippe ALBOU **

Après avoir évoqué l’an dernier, à l’école vétérinaire d’Alfort, la présence des mammifères dans le langage médical (1), nous poursuivons notre panorama des métaphores animales utilisées en médecine, en nous attachant cette fois aux volatiles, aux animaux aquatiques et aux insectes. Nous remercions par avance les zoologistes de bien vouloir excuser la classification peu académique des espèces que nous avons adoptée : afin d’éviter de multiplier inutilement les chapitres, nous avons par exemple regroupé les araignées avec les insectes (ce qu’elles ne sont pas vu qu’elles ont huit pattes) et les escargots avec les animaux aquatiques (ce qu’ils peuvent être, mais pas toujours...). Ce second volet confirme, s’il en était besoin, que les animaux, ou du moins l’image que s’en faisaient nos prédécesseurs, ont été régulièrement présents dans la nosologie médicale.

Les volatiles

Les becs d’oiseaux... en chirurgie

Des noms de becs d’oiseau furent jadis attribués à des pinces chirurgicales, généralement destinées à retirer les corps étrangers (esquilles osseuses de fractures, flèches, balles, etc.) et dont la forme avait une vague ressemblance avec le bec de certains oiseaux (Fig. 1). Il y avait par exemple le *Bec de cane* à l’extrémité large, ronde et dentelée ; le *bec de corbin* (ou *corbeau*) au bec long recourbé et arrondi en pointe ; le *bec de grue coudé*, en forme de pincettes courbées et dentelées par le bout ; le *bec de cygne*, instrument qui s’ouvre à vis pour faire la dilatation d’une plaie, etc. (4). Cette tradition remonte au moins aux Arabes : Abulcasis (936-1013) signale en effet que les pinces destinées à extraire les flèches ont des extrémités qui “ressemblent à des becs d’oiseaux” (18).

Un instrument particulier a retenu notre attention : le *pélican*, qui désignait, entre le XVI^{ème} et le XIX^{ème} siècle, “un instrument de chirurgie recourbé en manière de crochet ou de bec du *pélican* dont on se sert pour arracher les dents” (Capuron, 1806). Le bec de l’oiseau en question, qui est surtout rectiligne et allongé avec sa “poche gibecière inférieure” caractéristique, possède en effet, à son extrémité un petit “onglet corné, fort et

* Séance de mai 2014.

** 13, cours Fleurus, 18200 Saint-Amand-Montrond.

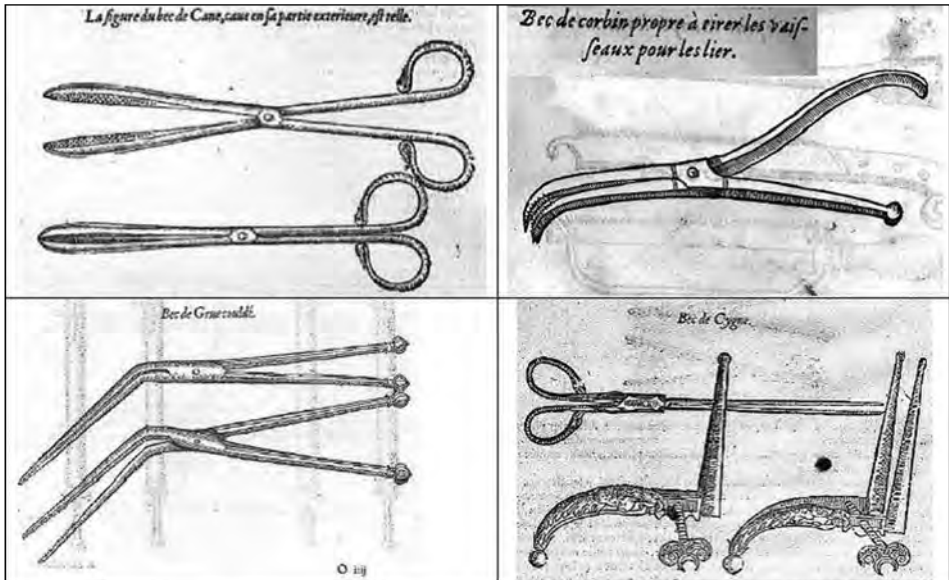


Fig. 1 : Quelques pinces à becs d'oiseaux d'après Ambroise Paré (22).

recourbé, qui est l'instrument idéal pour attraper les poissons même les plus glissants” (*Encyclopédie Larousse*). Même si la ressemblance entre l'instrument et le bec ne saute pas aux yeux... le nom du *pélican* fut largement employé jadis en art dentaire (12). Théophile Gauthier en parle à sa manière dans *Le Capitaine Fracasse* (1863) : “Un charlatan, revêtu d'un costume en serge rouge, se démenait, un pélican à la main, sur une estrade enjolivée par des guirlandes de dents canines, incisives ou molaires, enfilées dans des fils de laiton”.

Les becs et les ailes d'oiseaux... en anatomie

L'*apophyse coracoïde*, qui termine en dehors le bord supérieur de l'omoplate, a quelque ressemblance avec le bec du corbeau, d'où son nom, emprunté au grec *κορακοειδης*, « semblable à un corbeau », formule déjà employée par Galien (17).

Il existe dans le corps humain deux *apophyses* dites *coronoïdes*, d'après leur ressemblance avec le bec de la corneille (du grec *κορωνη* « corneille ») : l'*apophyse coronoïde* du cubitus située à la partie supérieure et antérieure de cet os ; et l'*apophyse coronoïde* du maxillaire inférieur située quant à elle à l'extrémité supéro-antérieure de chacune de ses branches.

Le mot *coccyx*, qui existe en français depuis 1541 (15) désigne l'os situé sous le sacrum à l'extrémité de la colonne vertébrale. Il dérive de *κόκκυξ* (*coccus*), nom grec de l'oiseau appelé « coucou », par analogie de forme avec le bec de ce dernier. Certains auteurs ont considéré que le *coccyx* était constitué de plusieurs os séparés (*ossa coccygis*). Vésale l'appelle *os cuculi*, qui évoque en latin le même oiseau (16).

Le *bec de perroquet* est une formule servant à désigner l'image radiologique des ostéophytes vertébraux (d'origine arthrosique) dont la forme recourbée en crochet évoque le bec du perroquet. La première mention de cette métaphore que nous avons retrouvée date de 1927 dans une description faite par André Léry (22) (Fig. 2). Le *bec de perroquet* fran-

çais correspond à l'anglais *beaked osteophyte*, « ostéophyte en forme de bec ».

La métaphore des *ailes du nez* se trouve déjà chez Rufus d'Éphèse au II^{ème} siècle : “La chair qui, à droite et à gauche, termine l'élévation osseuse du nez, forme les ailes qui peuvent se mouvoir dans les fortes dyspnées et aussi au gré de la volonté” (16).

Le *sphénoïde* enfin, qui est un os situé à la partie moyenne de la base du crâne apparaît comme un “concentré de volatiles” ! Cet os, dont le nom signifie en grec “en forme de coin de menuisier”, apparaît en effet particulièrement “ailé” : outre le fait que sa forme générale fut comparée à une chauve-souris (5), il comprend un corps médian d'où partent trois ailes de chaque côté : la petite aile ; la grande aile ; et enfin l'apophyse ptérygoïde, soit “en forme d'aile” en grec (Fig. 3) !

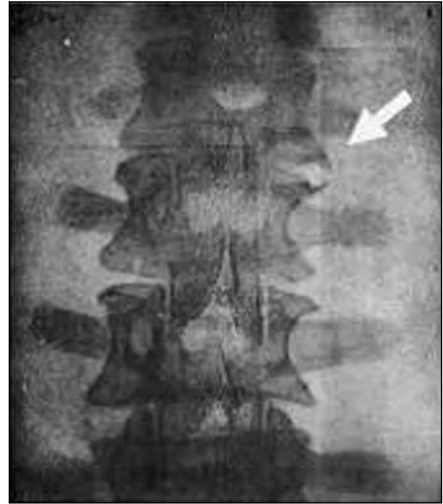


Fig. 2 : Bec de perroquet
(Léri, 1927)

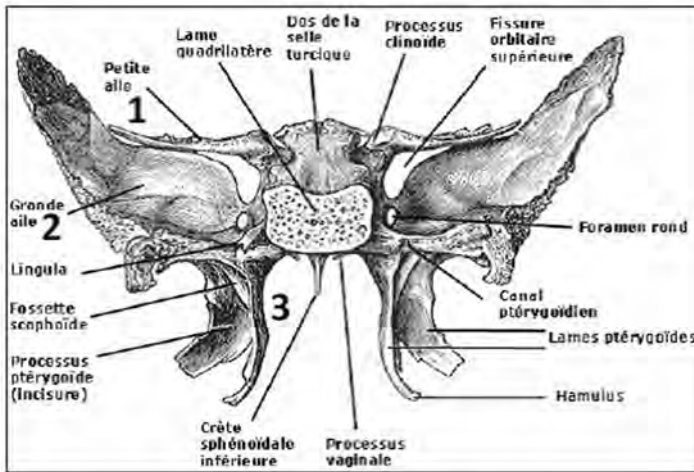


Fig. 3 : Anatomie du sphénoïde

- la petite aile du sphénoïde (1)
- la grande aile du sphénoïde (2)
- l'apophyse ptérygoïde ou “apophyse en forme d'aile” (3).

Autres termes en lien avec les oiseaux

L'*œil-de-perdrix* désigne en médecine, depuis le XIX^{ème} siècle, un “cor entre deux orteils typiquement centré d'un point noir et entouré d'une aréole rouge” (*Petit Larousse*). D'après les divers dictionnaires que nous avons pu consulter, l'*œil-de-perdrix* désigne aussi, en dehors des espaces interdigitaux : une variété de silex ; un nœud d'arbre d'aspect particulier ; un point de broderie ; un vin de Bourgogne de teinte claire ; un autre vin de la région de Neufchâtel ; ou encore une variété de pomme de terre de couleur blanc et rose, également appelée la *King Edward*... Sans oublier l'organe de la vue de l'oiseau du même nom !

L'expression *patte d'oie*, qui évoque la forme caractéristique à trois rayons de la patte de cet oiseau, sert à désigner deux particularités anatomiques : d'une part la figure formée à l'extrémité supérieure du tibia par les tendons des muscles couturier en avant, droit interne et demi-tendineux en arrière, qui est parfois à l'origine d'une tendinite bien connue des footballeurs... ; et d'autre part les petites rides convergentes pouvant survenir avec l'âge au niveau de l'angle externe de l'œil.

Les *crêtes de coq* correspondent au nom courant du condylome vénérien, également appelé végétations vénériennes ou verrues génitales. Il s'agit d'un élément verruqueux rosé, sessile ou pédiculé, d'origine virale et sexuellement transmissible, siégeant sur les organes génitaux qui en sont atteints. Georges Brassens, dans sa chanson *Le bulletin de santé*, évoque à sa manière cette maladie dite honteuse : "Certes, il m'arrive bien, revers de la médaille, / De laisser quelquefois des plumes à la bataille... / Hippocrate dit : 'Oui, c'est des crêtes de coq', / Et Galien répond 'Non, c'est des gonocoques...'"

La coqueluche... et le coq

Le *Trésor de la langue française* définit la coqueluche comme une "maladie infectieuse et contagieuse caractérisée par des quintes de toux spasmodique, atteignant surtout les enfants", en précisant que les "reprises de la coqueluche" sont dites en "chant de coq". Ceci étant, si le coq est régulièrement évoqué au sujet de cette maladie, il n'est pour rien dans l'origine de son nom ! *Coqueluche* ou *coqueluchon* désignaient, à partir du XV^{ème} siècle, une espèce de capuchon : c'était une coiffure assez volumineuse couvrant la tête et retombant sur les épaules, qui pouvait être portée notamment par les moines ou les dames en deuil. Selon les lexicographes, *coqueluche* et *coqueluchon* avaient remplacé



Fig. 4 : Un moine portant un coqueluchon (St-Quentin)

dans le même sens le mot *chaperon* – rouge ou non ! – qui était en usage auparavant (9). Le *Dictionnaire de l'Académie française* (1^{ère} éd., 1694), précise que *coqueluchon* n'était "guère utilisé qu'en raillerie" avec par exemple, en parlant des moines : "Il y a bien de la malice sous ce coqueluchon-là". Buffon utilisera ce mot en 1775 pour décrire l'aspect de certains oiseaux, comme le *Moloxita* ou *Religieuse d'Abyssinie* : "Cet oiseau qui a la figure et la grosseur du merle (...) est remarquable par un grand coqueluchon noir qui embrasse la tête et la gorge, et qui descend sur la poitrine en forme de pièce pointue : c'est sans doute à cause de ce coqueluchon qu'on lui a donné le nom de religieuse" (21).

Selon Nysten (3^e éd., 1814), coqueluche aurait été donné en médecine "à plusieurs maladies épidémiques, et d'abord, semble-t-il, à une affection catarrhale qui régna sous Charles VI, en 1414, suivant Mézeray, et qui était accompagnée d'un enrouement considérable. Le *Dictionnaire de Trévoux* rapporte à la coqueluche les épidémies de 1510, 1558 et 1577, mais, suivant Sauvages, la première était un véritable typhus contagieux, et la seconde une esquinancie maligne (...). On dit que le mot coqueluche vient de ce que d'abord, ceux qui étaient affectés de ces mala-

dies se couvraient d'un capuchon ou coqueluchon ; mais, suivant Cabanis, il vient de ce que la maladie, tenant du rhumatisme, occupait les muscles du cou, du dos et des épaules, en manière de coqueluchon". Alain Rey estime que l'appellation de coqueluche aurait été confortée secondairement par une "étymologie populaire" appelant chant du coq cette sorte de toux. À noter enfin la persistance du sens figuré de coqueluche, qui existe depuis le XVII^{ème} siècle : "On dit d'une personne qui est fort en vogue, qu'elle est la coqueluche de la Cour, de la Ville, d'un quartier, d'une société ; que tout le monde en est coiffé : allusion à la coqueluche, dont on se coiffait autrefois" (7).

Les animaux aquatiques

L'ichtyose ou "peau de poisson"

Jean-Louis Alibert créa le mot *ichtyose* à partir du génitif grec ιχθύος (ichthyos), "poisson", dans son *Précis des maladies de la peau* (2^e t., 1818) pour décrire des maladies dans lesquelles la surface de la peau est recouverte d'écailles sèches, qui paraissent imbriquées comme les écailles de poissons. Alibert évoque à cette occasion le cas mémorable d'une "jeune actrice d'un petit théâtre" affectée d'une *ichtyose nacrée* dont "la peau de l'abdomen avait non seulement l'aspect, mais encore la couleur de la vipère", alors que "la peau des cuisses avait plus de ressemblance avec celle d'une carpe", en ajoutant que "cette maladie disparaissait par l'usage des bains, et ne tardait pas à se remontrer aussitôt qu'on en discontinuait l'usage" (19). L'orthographe employée suivra l'évolution des règles académiques de transcription du grec au cours du XIX^{ème} siècle : *ichthyose* (Alibert 1818), puis *ichthyose* (Nysten 1833 et Alibert 1835), puis *ichtyose* (Littré 1884), toujours utilisée de nos jours.

Le poulpe et le polype

Polype est le nom donné communément en médecine, par analogie grossière de forme et de consistance avec le poulpe (anciennement appelé "polype"), à des tumeurs développées sur les muqueuses. Le sens médical serait apparu en français au XIII^{ème} siècle, avec d'abord la graphie *polipe*, refaite en *polype* au XVI^{ème} siècle (15) : ce mot est emprunté au latin *polypus*, lui-même pris du grec dialectal πάλυπος (*polypos*) ou πολύπους, -οδος (*polypodos*) "poulpe", qui signifie littéralement "qui a plusieurs pieds". Le mot désignait dès le temps d'Hippocrate une excroissance anormale, principalement dans le nez : "Si un polype se forme dans la narine, au milieu du cartilage pend une protubérance semblable à la lnette ; lors de l'expiration, la protubérance fait saillie au-dehors et elle est molle ; lors de l'inspiration, elle part en arrière ; le malade a une voix sourde et, quand il dort, il ronfle" (Hippocrate, *Des maladies*, II, 33). Nysten estimait, en 1840, que "le mot *polype* est une de ces expressions qui n'ont aucun sens bien déterminé. On appelle communément *polypes* des excroissances charnues, fongueuses, fibreuses, carcinomateuses, etc., qui peuvent se développer sur toutes les membranes muqueuses, mais qu'on observe plus fréquemment dans les fosses nasales, la matrice ou le vagin" (3). Au cours du XVI^{ème} siècle, alors que *polype* se spéciali-



Fig. 5 : *polype nasal*
(Musée - Hôpital St-Louis)

sait en médecine, il était évincé du langage courant par *poulpe* pour désigner l'animal marin (15).

Le crabe, le cancer et le chancre

Le mot grec *καρκίνος* (*karkinos*), le *cancer* du latin, désignait dès l'origine d'une part le crabe (ou l'écrevisse), et, d'autre part, les tumeurs malignes. Hippocrate appelle ainsi en particulier les cancers mammaires, décrits comme "des tumeurs dures, les unes plutôt grosses, les autres plutôt petites, qui ne suppurent pas mais deviennent toujours plus dures" (Hippocrate, *Maladies des femmes*, II, 133). Alors que Galien indique, sans plus de précision, que "le nom du cancer vient de sa ressemblance avec le crabe" (*De methodo medendi* II 2 = K. X 83), il y avait plusieurs hypothèses, signalées notamment par Paul d'Égine (16), pour expliquer cette comparaison :

- on a d'abord vu une analogie entre les pinces du crabe et les veines dilatées autour de la tumeur : cette explication fut reprise par Ambroise Paré pour qui le chancre (alors synonyme de crabe) désigne "une tumeur de forme inégale, ronde et les veines qui l'environnent sont en la manière des jambes et des pieds tortus de cet animal nommé chancre", tout en associant au texte une illustration représentant non pas une tumeur mais bel et bien un chancre (Fig. 6) !

- La notion de dureté a également été invoquée : *karkinos* signifiait aussi "le très dur" et l'animal marin devait son nom, selon Aristote, à sa carapace solide. La métaphore pourrait donc reposer sur une analogie de consistance.

- La ténacité du mal a enfin été comparée à celles des pinces de l'animal qui ne lâchent pas leur proie. Paul d'Égine mentionne cette explication : "Selon certains, son nom provient du fait que le cancer ne se détache pas facilement des parties du corps dont il s'est emparé, comme l'animal crabe". Comme le suggère Françoise Skoda, il est possible que l'emploi de *καρκίνος* en pathologie repose finalement sur la réunion de ces différentes métaphores (16).

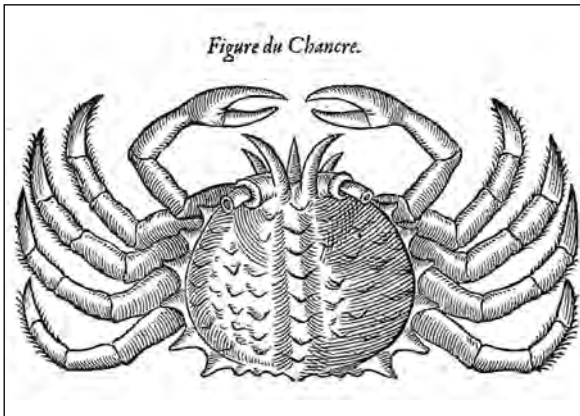


Fig. 6 : image de chancre
(Ambroise Paré, 23)

De manière synthétique, les mots français issus du latin *cancer* furent les suivants :

- 1) Mots apparus par l'intermédiaire du bas latin *cancrus*, dérivé de *cancer* au VIème siècle :

- *cancre*, apparu vers la fin du XIIème siècle, désignait initialement un crabe.

Il n'est plus utilisé de nos jours que dans le sens d'un "écolier nul ou paresseux", mot d'argot scolaire apparu vers 1662 "en référence à la démarche lente et difficile du crabe" (15) ;

- *chancre*, apparu au début du XIIIème siècle, désignait le crabe mais aussi, un "ulcère ayant tendance à s'étendre et à ronger les parties environnantes" (6). Littré et Robin précisent, en 1858, que "pour les auteurs antérieurs au XIXème siècle, et pour le vulgaire, le mot *chancre* désigne les affections connues actuellement sous les noms de *cancers*,

cancroïdes et *lupus ulcéré*” (3). En médecine, à la fin du XIX^{ème} siècle, le mot *chancre* ne s’appliquait plus qu’à deux types de lésions : *le chancre induré*, autrement dit l’accident primitif de la syphilis ; et *le chancre mou*, ou *chancrelle*, maladie locale, d’origine également vénérienne, mais non syphilitique ;

- *cancroïde*, néologisme signifiant “semblable au crabe” qui, selon Nysten (1814), fut créé par Alibert en 1806, pour désigner la future *chéloïde* (Cf. ci-dessous), et qui fut ensuite également appliqué à certains cancers.

2) Selon Rey, le mot *cancer* fut utilisé lui-même en français, d’abord comme signe du zodiaque (1372), puis en médecine à partir de *La Grande Chirurgie* de Guy de Chauliac (1478), dans le sens de “tumeur maligne” :

- d’abord dans un sens figuré de “pathologie qui attaque le corps” (av. 1755), de manière assez similaire aux mots *loup* et *lupus* (1) ;

- puis avec une spécialisation à la fin du XIX^{ème} siècle pour désigner une tumeur solide, pouvant également être appelée parfois néoplasme, squirre ou sarcome ;

- puis, l’idée de “tumeur” étant apparue moins essentielle, le mot a fini par désigner “tout état pathologique caractérisé par des lésions résultant d’une prolifération cellulaire non contrôlée par l’organisme”, y compris *le cancer des os*, et *le cancer du sang*, également appelé *leucémie* depuis 1856.

La chéloïde et l’écresse

Jean-Louis Alibert décrivait pour la première fois en 1810 la future *chéloïde*, qu’il nomma d’abord *cancroïde* avec le commentaire suivant : “Les cancroïdes sont des excroissances carniformes, tantôt ovalaires, tantôt oblongues, situées horizontalement sur une ou plusieurs parties des téguments, d’une couleur rose pâle (...), imitant assez bien la forme des cicatrices qui succèdent aux fortes brûlures, poussant quelquefois vers leurs bords de petits prolongements bifurques, qui ont quelque rapport avec les pattes d’une écresse ; ce qui justifie manifestement la dénomination que nous avons donnée à ces tumeurs extraordinaires” (19). Le mot *cancroïde* fut ensuite abandonné par Alibert lui-même et remplacé par *chéloïde*, et ceci en plusieurs étapes :

- dès 1816, soit six ans après la description *princeps*, Alibert estima que le mot *cancroïde* avait “trop d’analogie avec celui de cancer communément adopté pour exprimer un autre genre d’affection” en préférant utiliser le mot *kéloïde*, néologisme construit à partir du grec *χηλή* (*chélè*), notamment “pince de crabe ou d’écresse”, à cause des “prolongements particuliers qu’elle projette dans les parties latérales et qui font penser aux pattes d’un crabe ou d’une écresse” (19) ;

- ceci étant, Alibert intitule encore en 1825 (2^e éd.), le chapitre concerné “Cancroïde ou Kéloïde”, et “Kéloïde” seulement en 1832 (3^e éd.) ;

- en 1858, dans le Littré médical, le mot *kéloïde* est substitué par *chéloïde*, modification qui fut possiblement suggérée par Ernest Bazin, successeur d’Alibert à Saint-Louis, qui écrivait en 1874 : “Chéloïde ou Kéloïde. Cette expression vient de deux mots grecs *χηλή*, pince d’écresse, et *ἔδος*, figure : “en forme de pince”, d’où l’on voit que la première façon de l’écrire est certainement préférable à la deuxième, le grec *χ* [chi] se translittérant dans notre langue par la consonne *ch*, tandis que notre *k* correspond plus spécialement au *κ* [kappa] des Grecs” (6).

La grenouille et la grenouillette

En pathologie, le mot *grenouillette* désigne une grosseur sublinguale, qui est en réalité un kyste d’origine salivaire du plancher de la bouche. Son nom s’appuie sur une métaphore assez ancienne : *βάτραχος* “grenouille” en grec, était déjà utilisé au VI^{ème} siècle



Fig. 7 : L'opération de la grenouillette
(manuscrit turc du XVème siècle, BNF)

du XIVème siècle, faisait dériver ce nom de la forme du cou des malades, qui serait semblable à celle d'un batracien (6) ;

- d'autres auteurs, comme Ambroise Paré, pensaient que cette appellation fut utilisée "pource que les patients difficilement peuvent articuler & interpreter leur langage sinon en grenouillant" (23) ;

- Lazare Rivière fournit quant à lui une autre explication un peu tirée par les cheveux : selon lui la tumeur se développe sous la langue "en cette partie où elle est attachée au ligament ou filet", si bien que "la couture du milieu séparant la partie droite de la tumeur de la gauche, représente la partie postérieure d'une grenouille, d'où le nom à la maladie" (24).

Quoi qu'il en soit, cette métaphore batracienne fut adoptée dans les autres langues européennes : *rana* en latin et en espagnol, *ranula* en anglais et en italien, et en allemand : *Ranula*, *Frosch* (grenouille), *Fröschelein* (petite grenouille) ou *Froschgeschwulst* (littéralement : "tumeur grenouille").

L'hippocampe

Situé dans la corne temporale du ventricule latéral du cerveau, l'hippocampe joue un rôle dans la mémoire et l'orientation dans l'espace. Son atrophie, qui de nos jours peut être objectivée par une IRM cérébrale, est fréquemment associée à la maladie d'Alzheimer. Bien qu'elle ait été repérée par plusieurs anatomistes avant lui, c'est Jules-César Aranzi ou Arantius (1530-1589), élève de Vésale, qui compara en 1587 cette structure anatomique à un hippocampe... tout en hésitant avec un ver à soie (20) ! Selon Régis Olry (13) la dénomination de l'hippocampe a ensuite donné lieu à diverses variantes : en 1732, le Danois Jacob Winslow proposa de la comparer à une corne de bélier ; vers 1740, le Français Garangeot préfère *cornu Ammonis* ou *corne d'Ammon*, en référence au dieu gréco-égyptien Zeus Ammon qui porte une coiffe avec des cornes de bélier ; en 1744, le français Morand décrivait le *calcar avis* ("ergot d'oiseau"), appelé ensuite *ergot de Morand*, qui est une petite éminence attachée à l'hippocampe... éminence elle-même renommée *hippocampus minor* par Félix Vicq-d'Azyr en 1786... avant d'être oubliée. Seul le mot hippocampe reste utilisé de nos jours !

L'escargot et l'oreille

L'image de l'escargot se réfère par métaphore à des objets évoquant la spire de la coquille. avec plusieurs dénominations qui, depuis longtemps, furent en concurrence : - le grec *κοχλίας* (cochlias) qui a donné *coclea* en latin, puis cochlée en français ; - le grec *ἑλιξ* (hélix), qui désignait la spirale géométrique, mais aussi tout objet en forme de spirale (coquillage, escargot, repli de l'oreille, volute d'une colonne, etc.) : ce mot qui a donné *helix* en latin, puis *hélice* en français (1547) ; - enfin le mot *limace* (issu au XII^{ème} siècle du latin populaire *limacea*, dérivé du latin classique *limax*, "limace") qui désignait jusqu'au XIV^{ème} siècle aussi bien la limace que l'escargot... avec le diminutif *limaçon*, ou *colimaçon*, qui désignait les escargots de petite taille. Le mot *escargot* lui-même, d'origine provençale, s'est imposé en français vers le XIV^{ème} siècle pour désigner l'animal bien connu portant sa coquille sur le dos... et le mot *colimaçon* s'est spécialisé dans la forme en spirale pour désigner les escaliers ou les rampes *en colimaçon*. Assez curieusement, l'ensemble de ces mots s'est retrouvé, d'une manière ou d'une autre, dans les oreilles :

- Selon Julius Pollux, philologue du II^{ème} siècle ap. J.-C., "le tour externe des oreilles s'appelle *κοχλίας* (cochlias)" (16) : cet auteur désignait probablement par ce terme (qui sera à l'origine de "cochlée") le contour de l'oreille que nous appelons désormais *helix* et qui se trouve à côté de l'*anthélix*..., ce dernier étant situé entre l'*helix* et la *conque* (autre métaphore concernant cette fois un coquillage marin !) Fig 8.

- En 1805, l'anatomiste Georges Cuvier appela *cochléaire* l'ouverture de la caisse du tympan, plus connue sous le nom de *fenêtre ronde*, qui fait communiquer l'oreille moyenne et l'oreille interne..., oreille interne où se trouve une cavité osseuse, dont la structure est en *colimaçon* et qui est appelée le *limaçon osseux*... dans laquelle se trouve le *limaçon membraneux* où se situent les cellules neurosensorielles de l'audition.

- Mais la terminologie allait encore évoluer au cours du XIX^{ème} siècle, puisqu'à partir de la 11^e éd. du Nysten (1858), le mot *cochlée* est présenté comme synonyme du *limaçon*, donc dans l'oreille interne, sens qu'il a gardé jusqu'à aujourd'hui. Le moins que l'on puisse dire, c'est que de longue date l'oreille a une relation privilégiée avec les escargots qui se sont, d'une certaine manière, déplacés à leur guise dans cet organe !



Fig. 8 : Anatomie du pavillon de l'oreille : 1) Conque ; 2) Hélix ; 3) Anthélix ; 4) Tragus ; 5) Anti-tragus ; 6) Lobule ; 7) Fosse triangulaire ; 8) Scapha

Les insectes

Mouches volantes ou myodésopsies

Le trouble visuel désigné par *mouches volantes* ou *myodésopsie* est une espèce de berluie, autrement dit une "affection consistant dans une erreur de sens de la vue, qui transmet au cerveau l'image d'objets qui n'existent pas réellement" où le sujet a l'impression de voir des "filaments, taches ou petits points brillants ou noirs, mobiles, apparaissent dans le champ visuel" (6). Littré et Robin signalent, en 1855, que *myodésopsie* est un mot erroné et qu'on doit préférer *myiodopsie* car *μυῖα* (myia) signifie "mouche" alors que *μῦς*, *μύς* (myos) désigne la souris et le "muscle" ! Ceci étant, n'en déplaise

aux puristes, *myodésopsie* est toujours utilisé en 2014 par les ophtalmologistes, en concurrence il est vrai avec les *mouches volantes* et les *corps flottants*... formules qui ont l'avantage d'être comprises par tous !

Myrmécie, fourmillement et bourdonnement

Myrmécie, du grec *μυρμηκία*, “fourmi”, correspond depuis Hippocrate à une “espèce de verrue qui se développe principalement sur la paume des mains ou la plante des pieds, et qui cause une sensation de fourmillement” (3). Les mots *fourmiement* (1545), puis *fourmillement* (1636), désignent quant à eux une “sensation qu’on a comparée à celle que produiraient des fourmis s’agitant dans une partie du corps” (Littré). Signalons que *fourmillement* fut longtemps en compétition, dans le même sens, avec *formication* (15), substantif venant du latin *formica*, “fourmi”, qui a également donné l’adjectif *formicant*, qualifiant jadis un “pouls inégal et tellement faible qu’il ne fait éprouver au doigt que le sentiment d’une fourmi qui s’agite” (14).

Le *bourdonnement* (1545) “reproduit la sensation du bruit que font certains insectes, et particulièrement les *bourdons* quand ils volent” (Littré). Il fut parfois employé de manière générale, comme synonyme de tintement, pour désigner l’audition de bruits divers non déterminés par les corps sonores extérieurs (2). *Bourdonnement* et *tintement* sont désormais remplacés dans leur sens général par *acouphène* (de *ἀκούω*, “j’entends”, et *φαίνω*, “apparaître”), néologisme créé vers 1883 par Marie-Ernest Gellé (10). Selon Alain Rey, l’origine de l’expression *avoir le bourdon* (1915) reste obscure, pouvant être liée soit à un “développement métaphorique analogue à celui de *cafard*”, soit au terme de musique, désignant la basse continue de la vielle ou de la cornemuse. Georges Bernanos semble opter pour la première hypothèse dans la *Nouvelle histoire de Mouchette* (1937) lorsqu’il écrit : “J’ai la tête pis qu’un nid de bourdons”. L’expression argotique *avoir une araignée au plafond* est une métaphore similaire évoquant un dérangement intellectuel.

La présence des araignées : arachnoïde et tarentisme

Le mot *arachnoïde*, emprunté au grec *ἀραχνοειδής*, signifie “semblable à un fil, à une toile d’araignée” et fut utilisé dans le langage médical français à partir d’Ambroise Paré pour désigner l’une des trois membranes enveloppant le cerveau et la moelle épinière : “Dans tous les animaux à sang rouge, le cerveau, ainsi que les autres parties du système nerveux, est enveloppé par trois membranes. Celle qui le touche immédiatement a été appelée la pie-mère ; l’externe se nomme la dure-mère, et celle qui est intermédiaire a été désignée par le nom d’arachnoïde” (Cuvier, 1805).

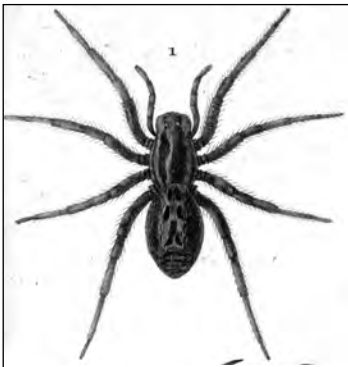


Fig. 9 : Tarentule ou *Lycosa tarentula* (d’après Orfila, 1848 ; coll. part)

La *tarentule*, ou *Lycosa tarentula*, est une espèce d’araignée que l’on trouve principalement dans les environs de Tarente, ville du sud de l’Italie, d’où son nom. Sa morsure était jadis considérée comme dangereuse, supposée plonger la victime dans un état de léthargie pouvant conduire à la mort : c’est ce que l’on appelait le *tarentisme* ou *tarentulisme*. La *tarentelle*, qui est une danse populaire de la même région, au rythme particulièrement vif et accompagnée par un tambour, était réputée bénéfique pour les malades qui avaient eu le malheur d’être mordus par la tarentule.

Charles-Augustin Vandermonde, dans son *Dictionnaire portatif de santé* (1760), donne quelques

détails sur cette maladie (25) : “Aussitôt qu’on a été piqué par cette araignée, la douleur de la partie affectée se dissipe : on y voit un cercle livide, noir ou jaunâtre ; & la partie s’élève en forme de tumeur enflammée. Le malade, en peu de temps, tombe dans une situation très fâcheuse ; il ne respire que difficilement : sa vue se trouble ; sa tête devient lourde & pesante ; et il ressent autour du cœur une oppression considérable. Tous les remèdes qu’on emploie pour cette maladie, comme les cordiaux, la thériaque, les huileux, n’ont aucune efficacité ; & le malade périt bientôt, sans avoir pu être secouru. Plusieurs auteurs respectables ont prétendu que la musique est la seule ressource que l’on emploie avec succès pour la guérison de cette maladie : on essaie, dit-on, différents airs & différents instruments, jusqu’à ce que l’on ait rencontré le goût du moribond, qui commence alors, par degrés, à remuer les pieds & les mains, jusqu’à ce qu’enfin il commence à danser avec une vigueur étonnante”. Vandermonde nous fait part ensuite de son scepticisme : “Tout ce que nous venons de rapporter ici sur la curation de la tarentule nous paraît fabuleux, quoi qu’en aient écrit plusieurs auteurs, & surtout Baglivi”. L’auteur finit son article par un appel au lecteur : “Nous invitons ceux qui sont à portée de voir & de traiter des gens piqués par la tarentule, à vérifier ce fait”. Cet appel reste toujours valable !

REMERCIEMENTS

L’auteur remercie Gérald Castéras, Jacques Chevallier, Danielle Gourevitch, Micheline Ruel-Kellermann et Julien Wyplosz pour leur aide dans la précision de certains aspects historiques ou étymologiques.

BIBLIOGRAPHIE

Références secondaires

- (1) ALBOU Philippe - “La présence des mammifères dans le langage médical”, *Histoire des sciences médicales*, 47 (2), 2013, 285-295.
- (2) ANDRAL fils - article “Tintement”, in *Dict. de médecine*, s. la dir. d’Adelon, T. 20, 1828.
- (3) CAPURON et NYSTEN, puis Littré etc. (sous la dir. de) - *Dictionnaire de Médecine...*, publié entre 1806 (Capuron 1ère éd.) et 1908 (Littré 21e éd.).
- (4) CORNEILLE Thomas - *Dictionnaire des arts et des sciences*, Nouvelle édition revue, Paris, Rollin, 1732, T. I, 102-103.
- (5) CUVIER Georges - *Leçons d’anatomie comparée*, Paris, Crochart et Fantin, T. 2, An XIV, 1805.
- (6) DECHAMBRE (sous la dir. de) - *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, en 100 tomes, de 1864 à 1889 : articles “Chancre” par Joseph Rollet (1874), “Chéloïde ou Kéloïde” par Ernest Bazin (1874), “Grenouillette” par Chavel (1884) et “Myiodopsie”, par Giraud-Teulon (1875).
- (7) FÉRAUD Jean-François - *Dictionnaire critique*, à Marseille, chez Jean Mossy, 1787-1788.
- (8) JOUBERT Laurent - *Annotations sur la Chirurgie de Guy de Chauliac*, Lyon, 1642.
- (9) LE BRETON GRANDMAISON - “De ‘chaperon’ à ‘coqueluchon’ ”, *Revue Vie et Langage*, Ed. Larousse, n° 234, Septembre 1971, 527-530.
- (10) LEGENT François - *Du tintouin... aux acouphènes*, octobre 2001 (disponible sur internet : <http://nantesorl.free.fr/Histoire/tintouin.html>).
- (11) MORIN J.B. - *Dictionnaire étymologique des mots français dérivés du grec et usités principalement dans les sciences, les lettres et les arts*, Paris, an XI - 1805.
- (12) Musée virtuel de l’Art dentaire (Textes, choix d’images et d’instruments par Micheline RUEL-KELLERMANN et Pierre BARON, réalisation technique et infographie par Jacques GANA), publié sur le site de la BIU Santé : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/mvad/>
- (13) OLRÉ Régis -, “Métaphores zoologiques au sein des ventricules latéraux du cerveau”, *Histoire des sciences médicales*, 25 (3), 1991, 221-224.

- (14) RENAUDIN L.-J. - article "formicant", *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 16, Paris, Panckoucke, 1816.
- (15) REY Alain (sous la dir.) - *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 3e éd., Paris, 2000.
- (16) SKODA Françoise - *Médecine ancienne et métaphore : le vocabulaire de l'anatomie et de la pathologie en grec ancien*, Peeters/Selaf, Paris, 1988.
- (17) *Trésor de la Langue Française informatisé* (TLFi) : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>. Sources
Références primaires
- (18) *La chirurgie d'Abulcasis* traduite par le Dr Lucien LECLERC, Paris, Baillière, 1861.
- (19) ALIBERT Jean-Louis - *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau* : 1ère éd., Paris, Charles Barrois, 1810 T1, 1818 T2 ; 2ème éd. en 2 tomes, Bruxelles, Auguste Wahlen, 1825 ; 3ème éd. en 2 tomes, Paris, Dr Daynac, 1832.
- "Note sur la kéloïde", *Journal universel des sciences médicales*, 2, 1816, 207-216.
- (20) ARANTIUS (Giulio Cesare Aranzio) - *Anatomicarum observationum liber*, Venetiis, apud Bartholameum Carampellum, 1587.
- (21) BUFFON - *Histoire naturelle des oiseaux*, T XVIII, Paris, Imprimerie Royale, 1775, p. 406-407.
- (22) LERI André - *Titres et travaux scientifiques*, Masson, Paris, 1927, p. 68.
- (23) PARÉ Ambroise - *Œuvres*, 14ème éd., Lyon, 1641.
- (24) RIVIÈRE Lazare - *La pratique de médecine*, Lyon, Jean Certe, 1682, T.1, p. 444
- (25) VANDERMONDE Charles-Augustin - "Tarentisme", in *Dictionnaire pratique de Santé*, Paris, chez Vincent, 1760-1762, T.2, p. 388-389.

RÉSUMÉ

Après avoir évoqué en avril 2013, à l'école vétérinaire d'Alfort, la présence des mammifères dans le langage médical, l'auteur poursuit son panorama des métaphores animales utilisées en médecine, en s'attachant cette fois aux volatiles, aux animaux aquatiques et aux insectes. Le second volet de cette étude confirme, s'il en était besoin, que les animaux, ou du moins l'image que s'en faisaient nos prédécesseurs, ont été régulièrement présents dans la nosologie médicale.

SUMMARY

After a first lecture, in April 2013, about the presence of mammals in medical language, the author gives another part of his panorama of animal metaphors used in medicine, focusing this time on the birds, aquatic animals and insects. The second part of this study confirms that animals, or at least the image about them in the past, were regularly present in medical nosology.

Les femmes pleurent-elles plus que les hommes, et pourquoi ? *

par Jacqueline VONS **

Un livre récent de Patrick Lemoine, *Le sexe des larmes*, défend l'idée que les femmes pleurent plus et mieux que les hommes (1). Certes, les larmes ont fait l'objet d'interprétations variées et nombreuses, dans la mesure où elles ont été considérées au cours des différentes époques comme une des expressions corporelles privilégiées de la perception émotive ou comme des réponses à des *stimuli* externes ou internes. On étudie le langage des larmes, le statut des larmes dans la société ou en tant que manifestation de l'identité féminine ; les larmes entrent dans les catégories de genre : aux hommes le courage et l'absence de larmes, aux femmes la mollesse et les effusions lacrymales. La littérature et les arts ont exploré les extravagances de la sensibilité féminine que traduisent les larmes (2). Dans cette différenciation sexuée ou dans ses représentations, on considère essentiellement la fonction psychique des larmes, qui, au même titre que le rire, constituent une manifestation expressive d'émotions ou de sentiments, dont seul l'être humain, dit-on, est capable. Pline l'Ancien considérait que l'être humain verse des larmes dès sa naissance, pressentant tous les malheurs qui l'accableront et déplorant à l'avance les occasions de pleurer qu'il ne manquera pas de rencontrer au cours de la vie (3). Mais encore faut-il démontrer que les femmes pleurent davantage, même si Aristote en était déjà convaincu (4) ; avant de rechercher la ou les causes de cette prétendue abondance, il semble utile d'inclure une réflexion sur la nature de telles sécrétions, et d'interroger en conséquence les textes médicaux. C'est à la Renaissance, avec les premières études anatomo-physiologiques de l'œil (5) et sous l'influence d'interprétations renouvelées des textes grecs antiques, que l'on commence à s'intéresser aux larmes et à leur production sur le plan organique, indépendamment des considérations morales et psychologiques qui y étaient traditionnellement attachées. En 1695, paraît à Lyon une traduction en français due au médecin Jean Prost du traité d'anatomie écrit par Ijsbrand van Diemberbroeck (1609-1674), professeur à l'université d'Utrecht, et plusieurs fois réédité au XVIII^{ème} siècle (6) ; l'ouvrage comporte une "petite digression" d'une quinzaine de pages, consacrée à la nature des larmes et au fait "qu'elles tombent des yeux" (II, p. 344-358). Il s'agit en fait d'une réfutation très développée et argumentée d'un article (II, p. 128) du *Traité des passions de l'âme*, écrit par René Descartes en 1649. Le philosophe avait établi

* Séance de juin 2014.

** 8, sentier des Patys, 37210 Rochecorbon ; jacqueline.vons@orange.fr



Fig. 1 : Frontispice des Opera omnia de Van Diemerbroeck, Utrecht, Meinard, 1685
(Cliché BIU Santé <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?05277>)

plusieurs signes extérieurs des passions de l'âme, parmi lesquels l'éclat de rire et les larmes. Celles-ci, écrivait-il, "ne viennent point d'une extrême tristesse, mais seulement de celle qui est médiocre et accompagnée ou suivie de quelque sentiment d'amour, ou aussi de joie. Et, pour bien entendre leur origine, il faut remarquer que, bien qu'il sorte continuellement quantité de vapeurs de toutes les parties de notre corps, il n'y en a toute-

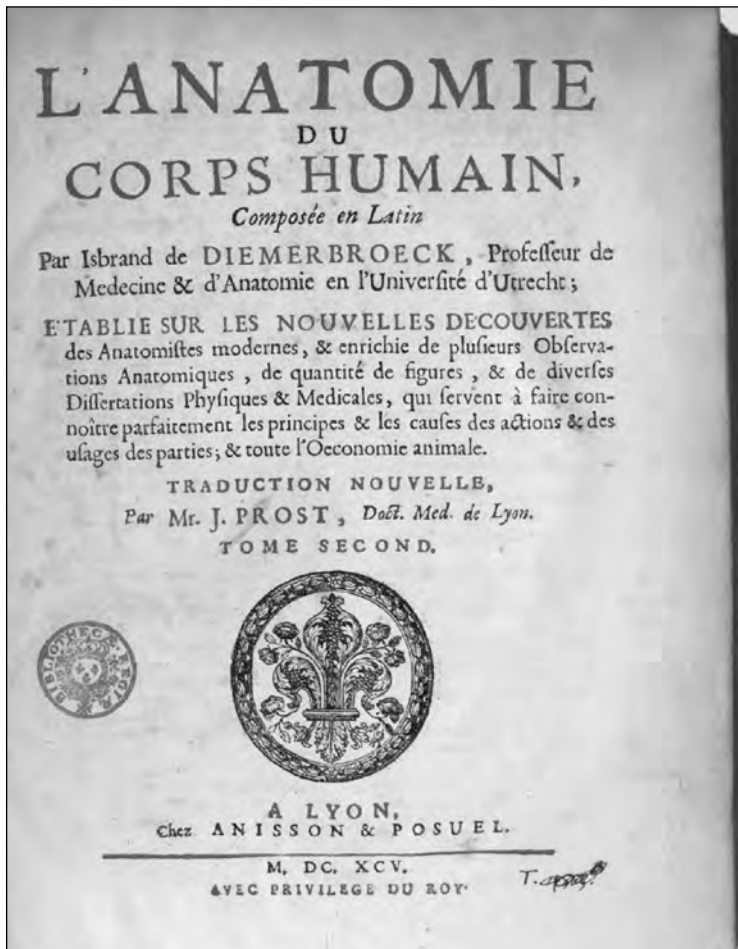


Fig. 2 : Page de titre de *L'Anatomie du corps humain*, traduit par J. Prost, Lyon, Anisson et Posuel, 1695 (Cliché base Dionis [CESR]).

fois aucune dont il en sorte tant que des yeux, à cause de la grandeur des nerfs optiques et de la multitude de petites artères par où elles y viennent” (7), Fig. 1 et 2.

La nature et l'origine des larmes

Van Diemberbroeck analyse systématiquement les termes de cette définition, en la confrontant, selon l'usage de la citation dans les traités érudits, aux autorités philosophiques anciennes et modernes dont il critique les opinions en quelques phrases lapidaires. Ainsi, sur la définition de ces “vapeurs”, qui sortiraient des yeux sous forme de larmes, il cite Empédocle, pour qui elles seraient de la même nature que le sang, mais un sang atténué, “fondu” en quelque sorte. Mais, affirme le médecin, puisque cette transformation ne peut être immédiate ni volontaire, la facilité qu'ont certaines personnes de verser des larmes quand il leur plaît montre que cette opinion est contraire à la vérité. De

même, il est impossible que des petits vaisseaux presque invisibles qui se portent aux yeux se répande une quantité d'humidité telle qu'elle puisse quelquefois mouiller une serviette entière en l'espace d'une heure ; même si un médecin moderne comme Sténon attribue l'écoulement des larmes aux contractions des glandes lacrymales sous l'effet de phénomènes objectifs, tels le froid, la fumée, ou subjectifs comme la joie, la tristesse, cela n'explique pas le passage de grosses larmes à travers des vaisseaux qu'il nomme "lymphatiques", caractérisés par leur étroitesse. Il s'agit alors pour Van Diemberbroeck d'apporter quelque lumière dans cette matière si obscure, en distinguant plusieurs types d'humeurs : une humeur lymphatique, transparente, peu saline, peu corrosive, qui ne gêne pas la vision ; une humeur lacrymale, salée, qui humidifie en permanence le globe oculaire et qui garantit la "moiteur" qui lui est nécessaire, ne dépendant ni d'une émotion ni d'une cause externe, qu'il distingue bizarrement de l'humeur phlegmatique issue du cerveau, également salée, mais plus corrosive, constituée par "les particules les plus subtiles et les plus séreuses de l'humeur pituiteuse, ramassée dans le cerveau, s'écoulant des antres ou cavités des yeux" (II, p. 351). Une série de cas sert de démonstrations, alliant causes extérieures, états émotifs (tristesse et joie), divers tempéraments et âges. Par exemple, pourquoi l'oignon et la moutarde font-ils pleurer ? Parce qu'ils irritent et picotent les yeux et que ce mouvement resserre le cerveau. Pourquoi l'homme courageux ne pleure-t-il pas ? Parce qu'il ne se laisse pas troubler par la tristesse et que son cerveau ne se contracte donc pas sous l'effet de la tristesse, à l'encontre de la plupart des gens. Pourquoi le vieillard ne pleure-t-il pas ? Il n'a plus d'humeur pituiteuse, tout est sec en lui. À l'autre bout de la vie, l'enfant, qui a beaucoup d'humeur pituiteuse, pleure beaucoup parce que les membranes du cerveau et les "caroncules glanduleuses" à l'angle interne des orbites sont encore trop molles, et l'humeur pituiteuse peut ainsi s'écouler facilement, d'autant plus, ajoute l'auteur, qu'un enfant a beaucoup de raisons de pleurer. Enfin, pourquoi la femme pleure-t-elle davantage ? Le récit d'une observation personnelle supplée à l'absence d'explication théorique et sert de preuve scientifique : en novembre 1663, l'auteur a pratiqué l'autopsie d'une patiente qu'il avait suivie pendant plusieurs années. Elle souffrait de maux de tête persistants (une pesanteur était ressentie), était sujette à des larmes abondantes et fréquentes, et vivait dans un état permanent de tristesse : "Nous trouvâmes son cerveau si humide, écrit-il, que de sa substance, que nous tenions entre nos mains, il en distilloit, tout ainsi que d'une éponge imbuë d'eau, une grande quantité de serum, et les ventricules en étoient aussi médiocrement pleins" (II, p. 355).

Une explication mécanique des larmes

En considérant les larmes comme une production du cerveau, s'écoulant vers l'extérieur par l'effet des contractions et des dilatations du viscère et de ses membranes, Van Diemberbroeck donne une explication nouvelle, mécanique, "cartésienne" à une conception médicale ancienne, qui voit dans les larmes, comme dans les autres sécrétions du corps, un signe externe, visible, tangible, d'un état humoral interne, pathologique ou non. Les descriptions anatomiques n'avaient pas modifié les conceptions physiologiques galéniques de l'évacuation (*transpiratio*) des "fumées" ou vapeurs produites par des coctions incomplètes des aliments et de l'humeur noire et âcre qui s'élèvent des parties inférieures du corps et se portent à la tête. Pour André Vésale, "la tête peut être comparée au toit d'une maison bien chauffée, qui reçoit toutes les fumées et les vapeurs excrémentielles montant des parties inférieures", et c'est pour permettre leur évacuation naturelle que les

os du crâne sont nombreux et assemblés par des sutures (8). Même interprétation chez Ambroise Paré : “Le crane est composé de sept os, lesquelz sont conjointcz ensemble par commissures, à celle fin que par icelles la dure mere fust liée & suspendue avec ledict crane [...], et aussi pour donner transpiration et passage aux excremens fuligineux & vaporeux des parties soubzjacentes” (9). Van Diemberbroeck modernise la comparaison, mais pas la fonction, en écrivant que “la tête étant posée sur le corps comme un alambic reçoit plusieurs vapeurs des parties d’en bas” (II, p. 355). Également héritée de Galien (*De usu partium* IX), la théorie de l’évacuation des parties grosses et visqueuses de la pituite par les narines et des parties subtiles par les larmes, avait résisté à l’examen autopsique, même si Vésale avait décrit la lame criblée de l’os ethmoïde et le sac lacrymal situé aux confins de la paroi médiale de l’orbite et des fosses nasales, s’ouvrant dans les fosses nasales au niveau du cornet inférieur (10).

Qu’il s’agisse d’un excès d’humeur, d’un déséquilibre du tempérament ou d’une pathologie, mélancolie ou toute autre maladie, le processus d’évacuation reste le même dans toutes les descriptions : les parties subtiles, refroidies par le cerveau, s’écoulent sous forme de larmes, les parties épaisses sont rejetées par les narines. Joseph Grünpeck comparait les vapeurs nocives de la maladie montant au cerveau à des fumerolles s’exhalant de lieux marécageux : “Pendant que ce poison [la syphilis] attaque le corps de la manière dont j’ai dit, la nature pousse vers les extrémités une grande partie de la substance nuisible [...] ; de cette pourriture, des vapeurs épaisses (comme les fumerolles des lieux marécageux) remontent vers la tête ; certains jours elles sont si fréquentes qu’on dirait que la tête va éclater (*disrumpere*), surtout la partie postérieure, qui est complètement dépourvue de conduits ou de fenêtres pour laisser échapper la fumée, ce qui explique que la nature peut moins se défendre des vapeurs de mauvaise qualité à cet endroit que sur le devant de la tête où elle rejette la plus grande partie des choses nuisibles par les foramens des narines” (11).

Si on se limite à ces explications mécaniques, les femmes pleurent au même titre que tous les êtres humains, mais elles peuvent pleurer davantage parce que leur cerveau est naturellement plus humide et froid et qu’il résiste moins bien à la tristesse que celui de l’homme ; les alternances de contraction et de sensation de pesanteur (sous l’effet des vapeurs) et de dilatation (après évacuation par les larmes qui apportent un soulagement momentané) sont douloureuses. L’observation notée ici par Van Diemberbroeck ne fait que confirmer les interprétations médicales et philosophiques traditionnelles du tempérament froid et humide des femmes et de leur tendance à la mélancolie. On pourrait ajouter deux remarques annexes ; la première est rapportée par Van Diemberbroeck (II, p. 338), qui cite une observation de Spigelius, selon laquelle le foramen situé à l’angle interne de l’orbite serait plus grand chez les femmes et chez les hommes qui pleurent beaucoup : cause ou plutôt effet d’abondantes larmes. La deuxième, plus littéraire, explique les états alternatifs et inconstants de resserrement et de dilatation du cerveau féminin, naturellement mou, par l’influence néfaste des astres, telle la lune, qui font passer de la joie à la mélancolie, figure avec laquelle la femme finit par s’identifier iconographiquement. Une attitude accablée, le regard fixe et tourné vers le sol, vont devenir des lieux communs pour représenter l’état de mélancolie.

Vers une esthétique des larmes de femmes

Sur le plan des représentations de larmes de femmes, les choses se présentent différemment. Le XVIII^e siècle verra se développer une littérature où les femmes pleurent

abondamment, avec des crises de larmes, des crises vaporeuses, que ce soit dans les romans, au théâtre, avec le genre des drames et des comédies larmoyantes ; le siècle précédent semble privilégier la retenue, la réserve, et les codes de civilité apprennent aux femmes à maîtriser leurs larmes, du moins en public, car cela est jugé peu décent et traduit une faiblesse de caractère. De même, un courant moralisateur se développe, qui met en garde contre la facilité de certaines femmes à jouer de leurs larmes : *Femme se plainct femme se deult / Femme est triste quand elle veult* (12).

À l'inverse, l'absence de larmes féminines dans des situations qui normalement devraient provoquer des larmes doit attirer l'attention. On peut y voir une figure exemplaire de la *virtus*, du courage, vertu masculine par excellence, louée chez une femme exceptionnelle. Lucrèce violée par Tarquin ne verse pas une larme au moment où elle s'enfonce le poignard dans la gorge. De même les représentations de saintes et de martyres nous les montrent étrangères à la douleur physique sous la torture. Ainsi sur une gravure de Cornelis Cort (ca. 1570, Anvers), on voit sainte Agathe, déjà auréolée, les yeux tournés vers l'ange qui lui apporte la palme des bienheureux, indifférente aux énormes tenailles avec lesquelles les bourreaux entament ses seins (13). L'esprit est en quelque sorte "sorti" du corps et l'extase est une victoire sur la douleur. Mais l'absence de larmes dont on déduit l'insensibilité à la douleur peut aussi être interprétée comme la preuve d'une possession diabolique ; Guy Bechtel, dans *La sorcière et l'Occident*, énumère plusieurs cas de "recherches de marques diaboliques" sur le corps de celles qui sont accusées de sorcellerie au XVII^e siècle et cite des rapports d'expertises menées par des médecins et des chirurgiens chargés d'enfoncer une aiguille dans les parties suspectes : s'il n'y a pas de sang, pas de larmes, pas de cris, la femme est déclarée sorcière (14). Ainsi dans les cas extrêmes, saintes martyrisées ou hérétiques torturées, les femmes qui ne pleurent pas sont ou sont dites insensibles à la douleur et échappent à la loi commune. On ne voit guère non plus d'illustrations réalistes de la parole biblique *Tu enfanteras dans la douleur* ; si la mort des enfants nés ou de la femme en couches est un motif de déploration, ce sont surtout des scènes heureuses de *post partum* qui sont représentées : l'enfant est baigné, langé, la jeune femme se repose ou reçoit des visites.

Certes, on trouve des représentations de femmes en pleurs dans des scènes religieuses (Marie-Madeleine en est le prototype) ou moralisatrices : la gravure intitulée *Calamitas* d'Androuet Ducerceau montre sous un toit de paille percé une femme prostrée, assise par terre, en haillons, le visage tourné vers le sol, les cheveux épars, en pleurs (15)... Ce sont des cas exemplaires où les larmes expriment le repentir ou cautionnent la juste punition pour une faute antérieure. Ainsi nos sorcières de tout à l'heure pleurent abondamment au moment où elles sont conduites vers le bûcher ou le gibet : ces larmes sont nécessaires, car l'exécution étant un moment fort, le repentir de l'hérésie, l'expiation doivent émouvoir et mettre en garde le public nombreux qui se presse à ces manifestations (16).

Conclusion

Si les représentations de femmes ou de divinités féminines, d'Aphrodite à Marie, *mater dolorosa*, pleurant leur fils ou leur amant mort, sont un thème privilégié dans les arts, la forme et la transparence brillante de cette sécrétion humide n'ont cessé d'inspirer les créateurs. Dans l'antiquité, on comparait les perles aux larmes d'Aphrodite et les récits mythologiques attribuaient aux larmes divines le pouvoir de faire naître l'ambre ou l'anémone ; au début des temps modernes, un poème de Maurice Scève indique l'achèvement du processus de minéralisation de la larme en perle :

LES FEMMES PLEURENT-ELLES PLUS QUE LES HOMMES, ET POURQUOI ?

*Lame argentine, humide et distillante
Des beaux yeulx clairs, descendant coye et lente
Dessus la face, et de là dans les seins,
Lieulx prohibez comme sacrez et saintz.
Larme qui est une petite perle
Ronde d'embas, d'en haut menue et gresle (17).*

NOTES ET BIBLIOGRAPHIE

- (1) LEMOINE P. - *Le sexe des larmes. Pourquoi les femmes pleurent-elles plus et mieux que les hommes ?*, Laffont, Paris, 2011.
- (2) VINCENT-BUFFAULT A. - *Histoire des larmes*, Éd. Rivages, Paris, 1986 (Petite Bibl. Payot, Paris, 2001) ; CRON A. et LIGNEREUX C. (dir.) - *Le langage des larmes aux siècles classiques. Littératures classiques*, t. 62, Champion, Paris, 2007.
- (3) PLINE, *Histoire naturelle* VII, 2.
- (4) ARISTOTE, *Histoire des animaux* IX ; *Génération des animaux* IV, 775a.
- (5) Voir par exemple VÉSALE André - *De humani corporis fabrica*. I. Oporinus, Bâle, 1543, p. 643-650 ; BARTISCH Georg - *Ophthalmodouleia*. Mattheus Stöckel, Dresde, 1583.
- (6) VAN DIEMERBROECK Ijsbrand - *Anatome corporis humani plurimis novis inventis instructa variisque observationibus et paradoxis cum medicis tum physiologicis adornata*, M. et G. de Walcheren, Utrecht, 1672 (republié en 1679 à Genève, en 1685 à Utrecht) ; traduit en français par J. Prost en 1695 à Lyon, chez Anisson et Posuel. Les citations se réfèrent à cette traduction.
- (7) DESCARTES René - *Traité des passions de l'âme*. Dans ce petit livre, écrit en français en 1649, dédié à la princesse Élisabeth de Bohême, le philosophe développe sa théorie sur les rapports entre l'esprit ou substance pensante (*res cogitans*) et le corps ou substance étendue (*res extensa*) et établit que le principal siège de l'âme est la glande pinéale (épiphyse). Cf. l'édition annotée du traité par MIZRACHI F., suivi de la *Correspondance avec la princesse Élisabeth*, Union générale d'édition, Paris, 1965.
- (8) VÉSALE - *ibid.*, livre I, p. 26.
- (9) PARÉ Ambroise - *Briefve Collection de l'Administration Anatomique*, G. Cavellat, Paris, 1550, p. 52v et 53r.
- (10) VÉSALE - *ibid.*, livre I, p. 50-51.
- (11) GRUNPECK J. - *Libellus de mentulagra, alias morbo gallico*, in FUCHS, C.H. - *Die ältesten Schriftsteller über die Lustseuche in Deutschland, von 1495 bis 1510*. Verlag der Dieterichschen Buchhandlung, Göttingen, 1843, p. 65 [traduction personnelle].
- (12) GROSNET P. - *Les mots dorez de Cathon*. Paris, 1530, f° V, cité par MATTHEWS GRIECO S.F. - *Ange ou diablesse. La représentation de la femme au XVIème siècle*. Flammarion, Paris, 1991, p. 373.
- (13) CORT Cornelis - *Le supplice de sainte Agathe*. Gravure reproduite dans MATTHEWS GRIECO S.F., *op. cit.*, p. 125.
- (14) BECHTEL G. - *La sorcière et l'occident*, Plon, Paris, 1997, p. 388 et 389. Les rapports d'expertise sont suivis d'interprétations psychiatriques et neurologiques de ce phénomène assimilé à une forme de tétanisation.
- (15) ANDROUET DUCERCEAU J. - *Calamitas*, d'après Aeneas Vico. Gravure reproduite dans MATTHEWS GRIECO S.F., *op. cit.* p. 306.
- (16) BECHTEL G., *op. cit.* p. 413-414.
- (17) SCÈVE M. - "Blason de la larme", vers 1-6, dans *Les blasons anatomiques du corps féminin*, Charles Langelier, Paris 1543. L'image minérale de la larme sous forme de cristallin (petit cristal transparent) se poursuivra dans la *Délie*, cf. RISSET J. - *L'anagramme du désir*, Fourbis, Paris, 1995.

RÉSUMÉ

*D'où proviennent les larmes ? Les femmes pleurent-elles plus que les hommes, et pourquoi ? Ijsbrand van Diemberbroeck (1609-1674), médecin à Utrecht au XVIIème siècle, tente de répondre à ces questions dans un exposé d'une quinzaine de pages inséré dans son traité *Anatome corporis humani*. Selon la tradition, il considère les larmes comme une production de l'encéphale, il donne une explication mécanique de leur origine, mais continue à penser qu'elles ont pour fonction principale de purger le cerveau. En contrepoint, cette sécrétion exocrine suscite des interprétations moralisantes ou esthétiques dans la littérature et les arts contemporains de l'ouvrage de van Diemberbroeck.*

SUMMARY

*Where do tears come from ? Do women weep more than men, and why ? Ijsbrand van Diemberbroeck (1609-1674), a physician at Utrecht in the 17th century, tries to find an answer to these questions in a dissertation of about fifteen pages in his book *Anatome corporis humani*. According to tradition, he thinks that tears are produced by the brain, he gives a mechanical explanation of their origin, but he persists in thinking that their main function is the purgation of the brain. On the other hand, this exocrin secretion causes moralizing or aesthetic interpretations in the literature and arts contemporaneous with van Diemberbroeck's work.*

La mort inexpliquée de Blandine Liszt Ollivier *

par Dominique MABIN **

Blandine Liszt, fille aînée du compositeur, est née de l'union de Liszt avec la comtesse d'Agoult, le 18 décembre 1835. Elle est la sœur de Cosima von Bülow qui épousera Richard Wagner en 1870, et de Daniel qui mourut de tuberculose à l'âge de 20 ans. C'est dans le salon de Marie d'Agoult qu'Émile Ollivier rencontre Blandine qu'il épouse en octobre 1857 à Florence. Émile, né en juillet 1825, est avocat. Après avoir été hostile à l'Empire, il s'en rapproche, devient député de Paris en 1857, puis en 1863. Battu en 1869 à Paris, il est élu député du Var dont il est conseiller général. En janvier 1870 il est nommé ministre de la Justice et exerce le rôle de vice-président du Conseil sans en avoir le titre. Il soutient la guerre avec la Prusse, mais il est renversé en août. Par la suite il ne réussira pas à se faire réélire dans le Var où il avait acquis une propriété en 1860. Membre de l'Académie française au fauteuil de Lamartine, il consacra le reste de sa longue vie - il mourut en 1913 - à écrire l'histoire de l'Empire (1).

Après quatre ans de mariage Blandine est enceinte en octobre 1861. Elle reste à Paris jusqu'au 11 mai 1862. Elle gagne le Var, à Gémenos, chez son beau-frère Charles Isnard, chirurgien, qui avait épousé Joséphine, sœur de son mari Émile (2). Son médecin parisien, le docteur Say, lui conseille ce départ, car il la trouve fatiguée. En outre, il y a une épidémie de fièvre puerpérale à Paris. Elle sera donc suivie et accouchée en toute tranquillité par son beau-frère. L'accouchement eut lieu à terme le 3 juillet 1862, en à peine deux heures, sans complication. "Pas de fièvre de lait, surtout pas de suites de couches ; pas l'ombre d'un accident ; en tout une simplicité et une bénignité extrêmes", écrit Isnard. La mère allaite son fils Daniel durant un mois, sans difficulté. À partir du 3 août, l'enfant tète difficilement le sein gauche. On parle d'un engorgement. Malgré l'utilisation d'un tire-lait et de petits moyens, survient un abcès du sein. Le docteur Isnard pratique une incision le 16 août, qui ramène peu de pus, "sans douleurs ni fièvre", ce qui étonne un peu le chirurgien. La cicatrisation se fait en peu de jours. Mais dès le lendemain Blandine s'affaiblit, ce qui inquiète Isnard. Malgré les soins apportés, l'état clinique empire et Blandine demande à être conduite dans sa propriété de Saint-Tropez distante de 120 km (3). Les conditions de transport et de chaleur rendent le voyage fatigant pour un organisme débilisé. Elle meurt le 11 septembre, une semaine après son arrivée.

* Séance du 14 juin 2014.

** 8, rue de La Caillibotais, 35800 Dinard ; mabin.dominique@neuf.fr

Les biographes ne se sont pas penchés sur les raisons de ce drame. Guy de Pourtalès écrit : “Madame Ollivier mourut en couches [faux] dans la propriété de son mari à Saint-Tropez (4)”. Pour Jean-Yves Clément, “elle mourut subitement [faux] en septembre 1862” ; il ne fait aucun commentaire (5). Alan Walker utilise la correspondance échangée entre Isnard et Émile Ollivier, ce qui nous vaut des précisions sur la fin de Blandine. Mais il se fait accusateur en écrivant qu’Isnard procéda à l’incision de l’abcès “sans s’entourer de toutes les précautions nécessaires en matière d’antisepsie”. Après ce coup de bistouri, une septicémie se déclara dont elle mourut (6). Sans doute influencé par Walker, Frédéric Martinez affirme que “l’inflammation du sein gauche se transforme en une septicémie qui l’emporte le 11 septembre” (7).

Le véritable état de santé de Blandine durant sa grossesse ne sera connu que bien plus tard. En effet, tout au long de la grossesse, les déclarations d’Émile et de Blandine à leur famille, de Blandine à son mari une fois qu’elle sera à Gémenos, et d’Isnard à son beau-frère Émile sont unanimes : la grossesse se passe très bien, Blandine est en bonne santé. Seule une petite fatigue est notée à partir du septième mois nécessitant quelques précautions. La facilité et la rapidité de l’accouchement à terme chez cette primipare semblent confirmer cet optimisme. Mais la réalité ne fut pas aussi radieuse.

Émile Ollivier prend connaissance de la publication française de l’autobiographie de Richard Wagner parue en 1911 (8). Début décembre 1861, Wagner arrive à Paris, et y séjourne jusqu’en février 1862. Il rejoint la famille Ollivier. Il note : “Depuis l’été Blandine semble avoir beaucoup changé : elle est triste et sérieuse ; je crus remarquer qu’elle était enceinte [...] Le cœur serré, je résolus de ne pas ennuyer les Ollivier [à propos d’un différend avec un traducteur] ; et lorsque je leur dis adieu, Blandine me jeta un regard d’une infinie mélancolie (9)”. En août 1861, Richard Wagner était en effet retourné voir Liszt à Weimar. Les Ollivier le rejoignent en provenance de Paris, et ils logent dans le même hôtel. “[...] Ces jours heureux prirent un caractère de gaieté exubérante”. Une semaine plus tard Wagner gagne Vienne en compagnie des Ollivier qui se rendent chez Cosima von Bülow. Wagner note : “Nous autres voyageurs, c’est-à-dire Blandine et moi, nous fûmes pris d’une gaieté folle”, car ils faisaient des plaisanteries en allemand non comprises par Émile (10). À la suite de cette lecture, Émile rédige une note qui contredit tout ce qui avait été écrit jusque-là, et qui appuie l’impression de Richard Wagner. Blandine dépérissait rapidement durant sa grossesse, ses joues se creusaient. Dès le début du quatrième mois, leur ami le docteur Say invitait Blandine à quitter rapidement Paris pour gagner le midi afin de préserver sa grossesse. D’où l’idée de se rendre à Gémenos où le beau-frère d’Émile, Charles Isnard, pouvait suivre sa grossesse. Mais les époux tardèrent à se quitter, et ce n’est qu’au huitième mois que Blandine partit à Gémenos. Une photographie d’elle prise avant le départ la montre fatiguée et vieillie ; elle n’a que 26 ans. Le voyage pour gagner Marseille puis Gémenos fatigua effectivement Blandine qui tomba malade après son arrivée. Ainsi, on apprendra que l’état de santé de Blandine s’était altéré dès les premiers mois de sa grossesse, ce qui avait alarmé son entourage.

Dans deux longues lettres adressées à Émile Ollivier et à Démosthène Ollivier, son père, après le décès de Blandine, Charles Isnard analyse la situation depuis l’accouchement jusqu’au décès. La grossesse a été parfaitement suivie, l’accouchement fut simple ; le premier mois de l’allaitement se passa bien. L’environnement climatique à cette période de l’année était bon. Aucune cause organique ne fut retrouvée après un bilan très approfondi. Tout a été fait pour prévenir l’abcès du sein. Les soins apportés après la

survenue de l'abcès étaient conformes à ce qu'il fallait faire. L'allaitement fut stoppé immédiatement. "Rien ne peut rendre compte de cette fin déplorable [...] Rien n'a été retrouvé dans son passé [...] Bonne hygiène physique et morale [...] Toute la grossesse fut conduite avec sagesse". Aucune cause psychologique n'était connue. Mais une chose frappa Isnard : l'impassibilité de Blandine au coup de bistouri. "Pas une contraction, pas un soupir, pas un mouvement du sourcil ! Était-ce l'effet de cette énergique volonté ? Était-ce une insensibilité à la douleur ? Rapidement la situation s'envenime [...] Perte de l'appétit, défaut d'assimilation et de nutrition, épuisement produit par la maladie, sueurs excessives [...] Chez Blandine il n'y a pas même eu de lutte. Il n'y a eu qu'un affaissement profond, rapide, sans un moment de réaction et de résistance [...] Blandine est morte littéralement épuisée. Tout ce qu'il a été possible de faire a été fait". Émile Ollivier écrit : "Blandine avait épuisé toute sa force de vie et elle s'éteignit dans une anémie invincible", terme qui exprime un épuisement profond.

Hypothèses diagnostiques

La difficulté est liée aux propos contradictoires des principaux acteurs et à la non divulgation de données cliniques qui ne seront connues que longtemps après. Ce qui est certain c'est que Blandine Ollivier était en très bonne santé avant sa grossesse, que son état de santé s'est détérioré vers le troisième-quatrième mois et durant toute la gestation, pour s'aggraver un mois après la naissance dans un contexte d'abcès du sein jusqu'à une issue fatale un mois plus tard malgré un suivi médical scrupuleux.

Dissociations des étiologies contemporaines de la grossesse de celles du post-partum

Durant la grossesse les causes peuvent être psychogènes ou organiques. L'origine psychogène des troubles peut être écartée. Blandine n'avait aucun antécédent familial ni personnel de ce type. Le tableau ne correspondait pas à une dépression durant la grossesse, ni dans le post-partum. Par ailleurs, Émile écrit que Blandine n'a pas souffert de nausées ni de vomissements durant le premier trimestre, ce qu'il confirme au septième mois. En revanche, plusieurs étiologies organiques peuvent être proposées. D'abord une mastite carcinomateuse chez une jeune femme enceinte ou pendant la lactation, surtout si la ponction a ramené peu de pus. La masse est mal individualisée à la palpation. Son évolution se fait spontanément vers la mort en quelques semaines ou mois. L'apyrexie jusqu'à la survenue de l'abcès est cependant étonnante. Si Blandine avait été un peu fébrile durant sa grossesse, Charles Isnard s'en serait aperçu, de même que d'une évolution de la situation locale, or ce ne fut pas le cas. Une hémopathie, type leucémie aigüe, est difficile à diagnostiquer si on n'y pense pas. Il existe cependant des signes cliniques, une pâleur, un purpura, des hémorragies, etc., qui attirent l'attention. La tuberculose pulmonaire a-t-elle été définitivement écartée sur l'absence de signes pleuro-pulmonaires soigneusement recherchés ? Isnard savait que le frère cadet de sa patiente, Daniel Liszt, était mort de tuberculose deux ans auparavant, à l'âge de vingt ans. Écartons la maladie d'Addison et ses signes cliniques spécifiques. Enfin il existe une cause sans doute mal appréciée à cette époque : une importante anémie de la grossesse, sans saignement. La patiente est asthénique, amaigrie, sans force. Cette anémie persiste en post-partum. Elle est de nos jours systématiquement recherchée et prévenue. L'accouchement aggrave la déperdition sanguine, ainsi que les saignements du post-partum, maîtrisés actuellement. Outre la prise de fer, il est parfois nécessaire de transfuser la patiente. L'hémoglobine est effondrée même après un accouchement normal.

L'accouchement n'a pas arrêté le processus pathologique, car Blandine restait très fatiguée. Parmi les causes du post-partum écartons une insuffisance hypophysaire vasculaire (syndrome de Sheehan) qui entraîne une urgence endocrinienne avec des symptômes aigus qui peuvent conduire à la mort. Ce tableau fait suite en général à un accouchement compliqué d'hémorragies abondantes et de collapsus, ce qui ne fut pas le cas. Une endométrite est envisageable. L'existence d'une phlébite pelvienne septique aurait entraîné une tachycardie et de la fièvre, ce qui n'a pas été le cas durant le premier mois qui suivit l'accouchement. Isnard insiste sur les suites normales de l'accouchement.

Autre hypothèse : la persistance d'un abcès du sein insuffisamment évacué. Il est toujours difficile de savoir si l'abcès est bien collecté avant d'inciser. La lymphangite du sein ne revêt pas toujours un tableau franc ; elle aggrave et précipite le tableau clinique surtout s'il y a un germe toxique de type strepto A, variété la plus fréquente avant l'ère des antibiotiques. Actuellement des streptos du groupe B sont plus souvent en cause. Le traitement est une urgence en réanimation pour éviter une évolution rapidement mortelle dans un état de choc avec défaillance multiviscérale. Charles Isnard écrit que la constitution de l'abcès s'est faite en 12 jours, "qu'il contenait à peine de pus, et qu'il n'avait pour ainsi dire provoqué ni douleur ni fièvre". Mais tout se précipite dès le lendemain du coup de bistouri. Quels que soient les traitements, rien n'agissait. Blandine était dans un "état de prostration énorme". Outre la perte de l'appétit, Isnard note des "sueurs abondantes et profuses, des suffocations, une fièvre lente, et la persistance d'un engorgement du sein [...] dont la décroissance n'était pas proportionnelle au temps écoulé depuis l'ouverture de l'abcès".

En définitive, quelles hypothèses étiologiques semblent les plus probables ?

Avant sa grossesse Blandine était en parfaite santé. Les troubles sont apparus vers le troisième-quatrième mois avec un dépérissement suffisamment important pour que son médecin l'engage à gagner rapidement le Midi afin de protéger sa grossesse. La photographie confirme la clinique. Richard Wagner est bouleversé par le changement physique et psychologique survenu en quatre mois. Mais les docteurs Say et Isnard ne trouvent aucune cause. Ne peut-on pas retenir une anémie grave de la grossesse, méconnue ? L'accouchement n'interrompt pas le processus, car Blandine reste fatiguée. Certes durant un mois l'enfant est allaité normalement. Mais dès l'incision de l'abcès est apparu un affaiblissement irrémédiable, "une prostration énorme", avec des sueurs profuses, de la fièvre, un amaigrissement, et une décroissance trop lente de l'engorgement mammaire ; la patiente mourant véritablement "épuisée". Une infection en provenance du sein est probable, liée à un abcès insuffisamment évacué ayant entraîné une septicémie peut-être due à un strepto A. Dans le cadre d'une importante anémie et d'une fatigue, la femme est plus sensible à l'infection. Mais le décès n'eut lieu que 25 jours après l'incision, ce qui est long pour une septicémie de ce type.

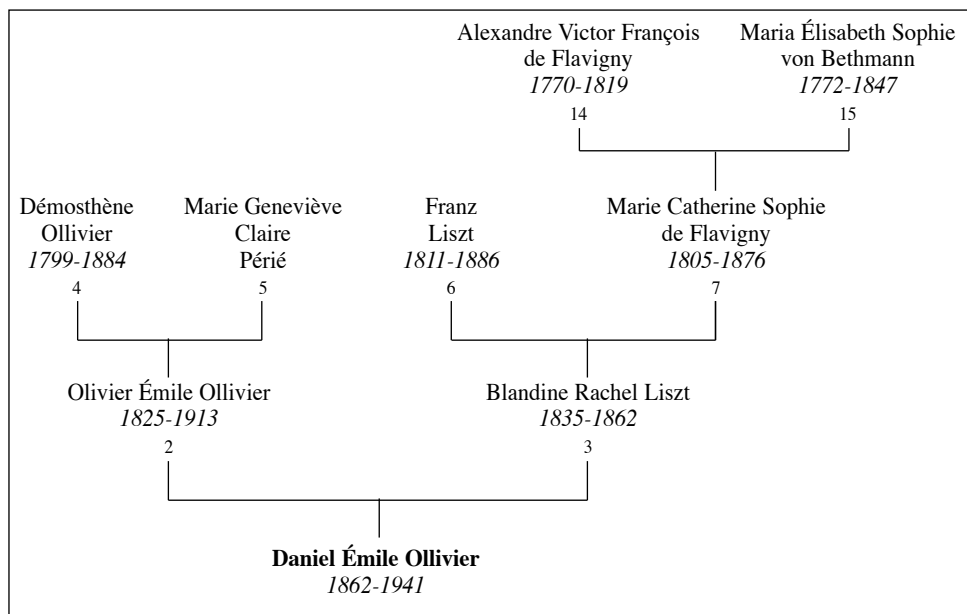
NOTES

- (1) Le père d'Émile, Démosthène Ollivier, fut un homme politique français, député des Bouches-du-Rhône à l'Assemblée constituante. Après avoir combattu Louis-Philippe, il fut un adversaire du prince Louis-Napoléon Bonaparte. Opposé au coup d'état du 2 décembre 1851, il fut arrêté et expulsé de France. Il se réfugia en Belgique puis en Italie, et reentra en France en 1860. L'hostilité d'Émile à l'Empire tient en partie à la proscription de son père.
- (2) Charles Isnard, né en 1827, avait épousé Joséphine, sœur d'Émile, en 1853. Chirurgien dans la Marine, il s'installa par la suite dans le civil. Il était docteur en médecine de la faculté de

LA MORT INEXPLIQUÉE DE BLANDINE LISZT OLLIVIER

Montpellier. Membre de la société nationale de médecine de Marseille, il publia à plusieurs reprises durant les années 1865-1886 sur la pathologie abdominale et pelvienne, et même sur la médication arsenicale dans la pathologie du système nerveux. Il mourut en 1897.

- (3) Émile Ollivier et son épouse avaient acheté le château des Salins en 1860. Émile ajouta deux ailes au corps central du bâtiment, puis une galerie au nord-est du château. En 1882 il fit construire un bâtiment pour y loger son père Démosthène. Sa petite-fille légua la propriété au conservatoire du littoral. Le château de la Moutte est inscrit à l'inventaire supplémentaire des monuments historiques. Émile repose à l'intérieur de sa propriété sur la plage des Salins (Service culturel de Saint-Tropez).
- (4) DE POURTALÈS G. - *Wagner, histoire d'un artiste*, Gallimard, Paris, 1932.
- (5) CLÉMENT J. C. - *Franz Liszt*, Actes Sud, Arles, 2011.
- (6) WALKER A. - *Franz Liszt*, t. 2, 1996, traduction Fayard, Paris, 1998. Mes informations concernant Blandine Ollivier sont tirées de cet ouvrage et de la documentation que m'a fournie Claude Knepper, musicologue, spécialiste de Liszt, non médecin, qui, en 2008, souhaitait connaître mon point de vue sur cette mort étrange. Je lui ai apporté la réponse rapide qu'il voulait. Depuis lors ma réflexion s'est approfondie.
- (7) MARTINEZ F. - *Franz Liszt*, Gallimard, Paris, 2011.
- (8) WAGNER R. - *Ma Vie*, traduction N. Valentin et A. Schenk, Plon, 1911, révision Dorian Astor, Perrin, 2012. *Mein Leben*, 4 tomes, 1870-1880.
- (9) *Ibid.*, p. 740.
- (10) *Ibid.*, p. 724.



RÉSUMÉ

La fille aînée de Liszt, Blandine Ollivier, née de l'union du musicien avec la comtesse d'Agoult, meurt deux mois après la naissance de son fils Daniel, à l'âge de 26 ans. Les raisons de cette mort demeurent obscures. Certains biographes citent le fait sans commentaire, d'autres invoquent une septicémie liée à un abcès du sein. Les circonstances de son accouchement sont particulières, puisqu'il eut lieu à Gémenos, près de Marseille, chez son beau-frère Charles Isnard, chirurgien, marié à Joséphine, sœur de son mari Émile Ollivier. Ce dernier, avocat à la Cour de Paris, député de la Seine, était retenu dans la capitale par ses obligations électives. On relève des contradictions entre la bonne santé de Blandine affichée durant sa grossesse et ce qu'on apprendra plus tard après la publication de l'autobiographie de Richard Wagner, époux de Cosima, sœur de Blandine. Les étiologies invoquées sont nombreuses, compte tenu de l'époque, d'origine organique ou psychogène. L'hypothèse la plus probable, qui peut elle-même être discutée, est que Blandine ait eu une anémie grave de la grossesse, ignorée, associée dans le post partum à une septicémie à streptocoque. Aucun signe ni symptôme ne permet de confirmer une mastite carcinomateuse.

SUMMARY

Franz Liszt's eldest daughter, Blandine Ollivier, died at the age of 26, two months after the birth of her son Daniel. The reasons of that death remain obscure. There are contradictions between the asserted good health of Blandine during her pregnancy and what was learnt later on through the publication in French of Richard Wagner's autobiography. He was the husband of Cosima who was herself Blandine's sister. We put forward some hypotheses that can be discussed; Blandine would have contracted a serious anemia of pregnancy, unknown, with a streptococcus septicemia in post partum ; no sign or symptom in consideration of mastitis carcinosis.

Une campagne contre la loi de 1838 régissant le statut des aliénés *

Hector Malot, Léopold Turck, Théophile Huc, un romancier, un médecin, un juriste *

par Danielle GOUREVITCH **

La loi dite de 1838

La loi du 30 juin 1838 relative à la situation des aliénés (intitulée “sur les aliénés”) ne sera remplacée que quelque 150 ans plus tard par celle du 27 juin 1990, “relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d’hospitalisation”. Bien que préparée avec beaucoup de soin et avec un grand souci de la sauvegarde de la liberté individuelle (1), elle provoque rapidement puis répétitivement de graves critiques, relevant parfois d’expériences fâcheuses et plus souvent du fantasme de la séquestration arbitraire. Une commission est dirigée par Haussmann, aboutissant à des *Rapport et procès verbaux de la commission instituée par arrêté préfectoral du 27 décembre 1860 pour les réformes à opérer dans les services des aliénés*, Paris, Impr. de la préfecture de la Seine.

Une campagne dans les années 1860

Lorsque l’empire autoritaire laisse la place à l’empire libéral, avec notamment les élections législatives de 1863, les mécontentements s’expriment plus librement. La loi de 1838 est ainsi l’objet d’une vague de critiques, notamment quant à l’interdiction et à la séquestration. On observera en particulier le rôle de quelques personnalités dans cette campagne, chacune selon ses méthodes : Hector Malot, qui n’est pas encore célèbre et qui en 1866 publie le roman *Un beau-frère*, sur une sinistre affaire de famille, avec internement d’un “innocent” ; le docteur Léopold Turck (1797-1887) ; le juriste Théophile Huc (1829-1906). On en verra les effets, notamment la nomination d’une commission sénatoriale qui fait appel à deux psychiatres bien connus à l’époque, le “gentil” (Louis-Florentin) Calmeil (2) (1798-1895), médecin-chef à Charenton, auteur *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire* (1845) et le “méchant” (Ambroise) Tardieu (1818-1879), déjà célèbre pour son *Étude médico-*

* Séance de juin 2014.

** 21, rue Béranger 75003 Paris ; dgourevitchbis@gmail.com.

légale sur les attentats aux mœurs (1857) (3). Constatons d'abord qu'en somme l'heure des romans était venue (4).

Hector Malot et Un beau-frère (1868)

Né le 20 mai 1830 à La Bouille (alors Seine-inférieure), ce fils de notaire désire faire une carrière littéraire ; son premier roman, *Les Amants*, paraît en 1859 ; et il raconte lui-même dans *Le Roman de mes romans* (5) comment il a proposé, puis écrit *Un beau-frère*. Cette œuvre paraît d'abord en feuilleton dans *Le journal des débats* en 1868, du 28 août au 18 octobre, avant d'être publiée chez Hetzel en 1869. Sur l'intervention de Taine, Édouard Bertin lui propose en décembre 1867 de venir "(s')entretenir avec lui d'un roman pour son journal". Malot, flatté, se rend au 17, quai Voltaire, propose *Un fils d'Excellence* (qui deviendra *Un mariage sous le Second Empire*), qui ne plaît pas ; alors (p. 39) "ce fut le sujet d'*Un beau-frère* que je lui exposai... en me gardant bien de laisser croire qu'il pouvait y avoir une part de réalité... On pouvait très bien... ne pas partager mon goût pour la vérité et la craindre avec tout le cortège d'ennuis qu'elle traîne bien souvent... - Mettez-vous à l'exécution dès que possible... Vous passerez aussitôt que vous serez prêt".

"L'idée, poursuit-il, d'*Un beau-frère* est d'une extrême simplicité et tient en quelques lignes : 'Un homme sain d'esprit, mais que des parents ont intérêt à faire passer pour fou, est reconnu fou par des médecins, et enfermé dans un asile d'aliénés où il devient fou'". Malot situe l'affaire autour de Condé-le-Châtel, en Normandie (6). Puis il se justifie d'une certaine absurdité apparente : "la loi de 1838 a précisément pour but d'empêcher que les gens sains d'esprit puissent être séquestrés comme fous ... Mais la loi n'est trop souvent que des mots et les faits sont les faits". Et Malot prétend avoir connu deux affaires dans son entourage : un notaire, ami de son père, victime de sa jeune épouse qui périssait d'ennui dans son "simple chef-lieu de canton" et voulait obtenir la vente de l'étude pour s'installer dans une vraie ville ; elle sut se faire plaindre, jusqu'au coup de foudre : "le mari était dans une maison de santé". Le cas est très délicat, puisque Malot lui-même admet que "le mari, bien soigné dans la maison où il avait été enfermé, fut libéré parfaitement guéri (ce qui semble bien signifier que cette histoire de vente de l'étude l'avait rendu malade !), et revint près de sa femme". Après un internement, on ne veut plus de lui comme notaire ; il devint "clerc liquidateur" dans une bonne étude de la ville : "ils y furent l'un et l'autre heureux, si le bonheur se mesure au nombre des enfants". Mais Malot préfère (41) s'inspirer du cas "d'un fils de magistrat qui, à peu de choses près, a vécu le roman d'*Un beau-frère*", sauf qu'il a été placé "sur l'ordre d'office du préfet (7)" : ce n'est pas le cas de notre héros, placé à la demande d'un tiers, et cela change tout dans les rapports de force, mais Malot ne le fait pas remarquer ou n'y fait qu'allusion avec sa formule "à peu de choses près".

Ce n'est pas un hasard si le succès a été au rendez-vous : l'intrigue, émouvante et dramatique, attaque la loi relative à la situation des aliénés : un complot familial, dû à des rivalités financières de notoriété publique, fomenté par son beau-frère, envoie Cénéri d'Éturquerais à la ferme-hôpital du Luat, qui fait office de lieu d'internement, le département n'ayant pas alors l'asile propre que prévoit la loi (8). L'internement est fait à la demande du père manipulé par le beau-frère. Tout commence et tout se déroule conformément à la loi, avec un personnage effrayant, celui d'un ogre à deux faces, famille et argent.

Ce qui avait été déterminant dans la discussion de la loi, dans son élaboration, dans son application, au point d'en faire une sorte de personnalité dramatique du roman, c'est

UNE CAMPAGNE CONTRE LA LOI DE 1838 RÉGISSANT LE STATUT DES ALIÉNÉS

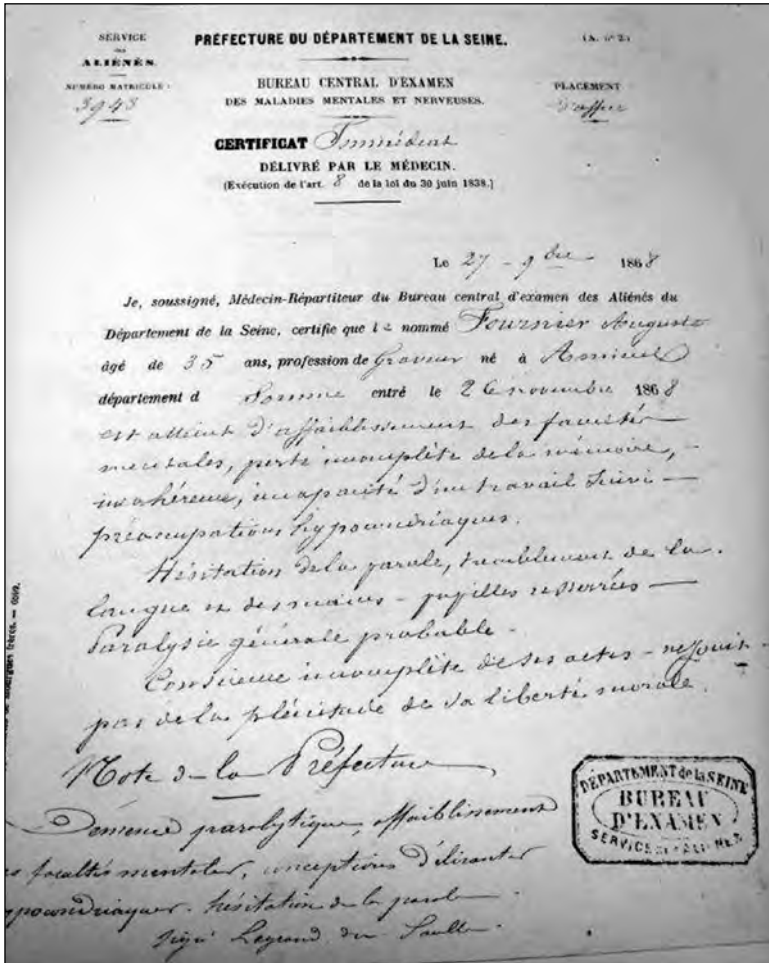


Fig. 1 : Un certificat contemporain de l'affaire, signé Legrand du Saulle

(@ Musée de la Préfecture de police de Paris)

en effet un ogre à deux faces, qui associe la famille et l'argent. Dans l'histoire, tout le monde sait qu'une des faces de cet ogre est le baron Friardel, qui joue le rôle de chef de famille, tandis que l'autre est l'héritage à partager entre la sœur et le frère, Louise et Cénéri, respectivement l'épouse et le beau-frère du baron, à qui bien malheureusement en a été confiée la gestion par le barbon ridicule qu'est devenu le père et beau-père. Il n'est pas possible ici d'examiner tous les problèmes et leur déroulement, mais on peut préciser que, dès la mise en chantier de la loi, les membres de la commission préparatoire avaient pressenti les problèmes qui se poseraient particulièrement pour les familles dans l'aisance (*Analectes*, tome 1, p. 19) : "si la famille prend l'initiative et se montre plus diligente, c'est qu'elle est la première instruite. Souvent l'administration n'est informée de l'existence du danger que par la famille même ; c'est surtout ce qui arrive pour les aliénés dans l'aisance. Cette initiative des familles est salutaire ; car, sans elle, l'ad-

ministration ne serait le plus souvent avertie que par les événements fâcheux qu'il eût fallu prévenir". Les députés avaient pressenti aussi le problème des influences, particulièrement sérieux dans les petites villes où tout le monde se connaît (20) : "les maires continueront, en cas d'urgence, à ordonner les précautions nécessaires. Mais ils devront sans délai en référer aux préfets, qui statueront définitivement. Dans tous les autres cas, l'ordre ou l'autorisation n'émaneront désormais que du préfet. Ces mesures sont d'une nature si délicate... qu'il a paru nécessaire de réserver la décision à une autorité supérieure, moins accessible aux influences locales et privées". On y reviendra à plusieurs reprises, considérant qu'au contraire (85) il se pourrait que "l'autorité des préfets, étant plus éloignée et surveillée de moins près, pourrait se laisser aller à des actes intempestifs, et à des sollicitations de famille...". La conscience du problème ne prouve évidemment pas qu'il ait été bien résolu par la loi, mais pas non plus que la solution adoptée soit totalement mauvaise : quoi que laisse entendre Malot, le manichéisme n'est pas de mise.

L'obstiné docteur Léopold Turck

Né à Nancy le 11 novembre 1797, mort à Gray le 5 juin 1887, c'était certes un médecin (9), après des études à Paris et à Strasbourg, mais probablement plus encore, un redresseur de torts, un ancien carbonaro qui, de sa province, inonde l'opinion de pamphlets, se souvenant toute sa vie de ses fonctions de Commissaire du gouvernement du département des Vosges, en poste à Épinal : désintéressé et passionné (10), il refuse l'indemnité de 40 francs par jour y afférant ! En désaccord avec les directives de Ledru-Rollin, il donne sa démission et, convaincu qu'en France tous les hommes ne sont pas égaux devant la loi, se présente aux suffrages comme représentant des Vosges à l'Assemblée constituante, où il est élu le 23 avril 1848. Chevalier blanc de son temps, installé à Plombières (11), il ne descend jamais de sa monture, et entre en campagne contre la loi de 1838 avec au moins cinq écrits (12) : - *Nouveau mémoire sur la nature et le traitement de la folie*, 1862. - *Pétition au Sénat sur le régime des aliénés en France*, 1865. - *Encore les aliénistes et les asiles*, 1866. - *Un dernier mot du Dr L. Turck, à l'appui de sa pétition au Sénat sur le régime des aliénés en France*, 1866. - *Observations du Dr Turck adressées à M. le sénateur Suin (13), rapporteur de sa pétition, sur le régime des aliénés en France, et les nombreux inconvénients de la loi de 1838 sur cette matière*, 1867. Une "victime", un certain Garsonnet (14), lui-même soumis "à une affreuse captivité dans l'intérêt de (sa) guérison" (18), dans la préface de son *Port-Royal et la médecine aliéniste*, Paris, Dentu, 1868, cite Turck justement : "On tue chaque année trois mille infortunés qu'on pourrait sauver si on les laissait libres ; on rend incurables trois mille autres malheureux qu'on aurait pu guérir".

Théophile Huc

Entrent bien dans le mouvement des juristes sans confusion possible, comme Théophile Huc, professeur de code Napoléon à la Faculté de Droit de Toulouse, membre de l'Académie de législation, et qui sera l'auteur d'un important *Commentaire théorique et pratique du Code civil*, avec une brochure d'une trentaine de pages, intitulée *Des aliénés et de leur capacité civile, projet de réforme de la loi du 30 juin 1838*, Paris, Cotillon, éditeur, libraire du Conseil d'État, 1869. Il commence par un rapport de M. de Bosredon, conseiller d'état (15), au ministre de l'intérieur, qui récapitule avec beaucoup de bon sens et de justesse : la loi "n'a été votée par la Chambre des députés et la Chambre des pairs qu'après avoir subi l'épreuve d'une triple discussion ... La Belgique, la Suisse, l'Italie, l'Allemagne en ont adopté les dispositions principales (16)". Mais "depuis 1863... des critiques, isolées d'abord, puis se manifestant en plus grand nombre et avec

plus de vivacité, ont emprunté... les secours de la presse ou la forme de pétitions au Sénat”, tout cela suivi d’un rapport en 1867-1868 du sénateur Suin, aboutissant à deux circulaires, rappelant notamment “aux préfets et aux magistrats de l’ordre judiciaire les prescriptions de la loi de 1838, qui les obligent à visiter personnellement les asiles et à se faire rendre un compte fréquent des réclamations des malades”. Notre juriste conclut de ce rapport et de ses propres observations que les garanties ne sont néanmoins pas suffisantes, “et que la foule est toujours portée à accepter ... facilement ces histoires fantastiques de séquestration mystérieuse et d’enlèvements romanesques”. Il faut donc impliquer la justice, car “le vulgaire mal disposé pourra facilement admettre la complaisance coupable d’un médecin besogneux, la complicité intéressée d’un commissaire de police et même d’un maire ou d’un préfet... , mais jamais il n’admettra la complicité d’un tribunal ou d’un magistrat”.

Conclusion en trois points

1. Contrairement à ce qui a parfois été affirmé, on voit donc qu’*Un beau-frère* n’a pas créé un climat, mais que Malot a su prendre le vent, en abordant un thème en vogue, choisi à la fois par opportunisme et par conviction. Le roman, manifestement très bien préparé (17) et très bien travaillé (18), a contribué à la propagande, essentiellement journalistique, d’hostilité à une loi incontestablement privatrice de liberté. La conclusion de ce roman à thèse, schématique forcément, mais attachant néanmoins malgré l’inconsistance du héros, est aussi douloureuse qu’immorale : tout le monde est victime du méchant beau-frère Friardel, qui en fin de compte triomphe en toute hypocrisie. La dernière page du livre (p. 350) explique que “si la loi de 1838 sur les aliénés est attaquée à la Chambre, il se promet d’être un de ses plus violents adversaires : ce ne sera pas seulement en théorie qu’il l’attaquera, il aura encore des faits particuliers, personnels, pour la combattre : son infortuné beau-frère qu’elle a rendu fou. Avec quelle émotion il touchera cette corde ! Même après sa mort, Cénéri lui sera bon à quelque chose”. Ce cynisme est certainement un facteur du succès du livre (19), alors que *Le Beau-frère*, pièce en cinq actes, de Belot (20), tirée du roman, présentée au Gymnase-Dramatique, le 1er septembre 1873, et publiée chez Dentu en 1874, renonce à la fin tragique du “gentil” et au triomphe du “méchant” : Cénéri ne devient pas fou à la suite de son enfermement, mais son beau-frère meurt assassiné. Ce manichéisme à l’eau de rose a certainement contribué à l’échec dramatique (21). Malot ne souhaite pas se confronter directement à la loi ni à ses défenseurs. Il n’honora pas sa convocation à la commission déjà prévue pour sa révision. Les notes manuscrites ajoutées au *Roman de mes romans* (p. 254) racontent : “dans le monde des médecins on m’attaqua fort : une commission nommée pour réviser la loi de 1838 m’appela devant elle, je n’étais pas alors à Paris, je ne me dérangeai point. Tardieu, qui partageait avec les médecins directeurs de maisons de fous la pension des gens qu’il envoyait dans ces maisons (22), dit qu’en ne comparaisant pas, j’avais donné la mesure de ma bonne foi. À quoi je répondis à son livre (23) par une lettre dans laquelle je dis : que je savais les médecins aliénistes si habiles à faire enfermer les gens et à leur faire payer de grosses pensions, que même en bonne santé, je ne m’exposerais jamais à paraître devant eux”. Son “ennemi”, professeur à la Faculté de médecine, membre de l’Académie de médecine, et très sensible aux devoirs de sa charge, n’apprécia pas : dans l’introduction à son *Étude médico-légale sur la folie* (Paris, Baillière, 1872) il rappelle que la commission avait “voulu entendre les écrivains qui, dans la presse politique et littéraire, s’étaient montrés le plus ardents à la polémique ; trois des principaux, MM.

Jourdan, Sarcey et Hector Malot, ont été invités à venir exposer leurs vues et leurs raisons ; tous trois, sous divers prétextes, ont éludé l'invitation, donnant la mesure de leur conviction et de leur confiance dans la cause dont ils s'étaient faits les champions" (24).

Cette étape de la polémique hostile à la loi de 1838, ou souvent même carrément anti-psychiatrique, s'était déclenchée dans une atmosphère d'opposition au régime napoléonien, au moment-même où l'Empire, devenant libéral, croyait bon de lâcher du lest. En 1870, Léon Gambetta se décide à proposer un projet de révision de la loi de 1838 devant le Corps législatif, évoquant également le cas d'Hersilie Rouy (*cf. infra*) : la chute du régime enterre le projet. Il y aura d'autres campagnes d'opinion (25).

2. Maxime Du Camp (1822-1894) avait essayé de faire le point, dans son magnifique ouvrage descriptif, *Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du XIXème siècle*: le projet est élaboré en 1865, le premier volume publié en 1869. C'est le volume IV avec "Les aliénés", qui aborde "La loi des aliénés", dans mon édition de référence, celle de 1879, avec une reprise des faits après la guerre, en 1871, avec notamment les sous-chapitres "Les aliénés", 319 et s., et "Les asiles", 342 et s. Il évoque (p. 321) cette crainte de l'internement du non-fou avec beaucoup de finesse : "En 1835, une enquête permit de constater officiellement les abus dont les aliénés avaient à souffrir et les besoins qu'il était urgent de satisfaire ; un premier projet de loi, présenté le 6 janvier 1837, ne fut pas accueilli avec faveur ; il fut remanié, communiqué aux conseils généraux, qui donnèrent leur avis motivé et ne devint loi que le 30 juin 1838 ; une ordonnance royale du 18 décembre 1839 en détermina la portée et l'application. Les décrets du 25 novembre 1848, du 18 janvier 1852, du 20 mars 1856 établirent un service d'inspection générale pour les maisons d'aliénés et réglèrent l'organisation intérieure des asiles ... La loi de 1838, excellente dans ses dispositions fondamentales, fonctionna sans encombre et à la satisfaction des intéressés pendant une vingtaine d'années ; puis tout à coup, sans motifs sérieux, elle fut attaquée et battue en brèche avec une violence excessive ; on parla de séquestrations arbitraires, de dénis de justice, de lettres de cachet, et l'on rajouta de vieilles calomnies plus ridicules encore que méchantes. De cette question des aliénés qu'on n'aurait jamais dû soulever, car elle avait été résolue avec un grand souci de la justice, on fit une arme d'opposition quand même, sans réfléchir qu'on incriminait d'un seul coup deux administrations pleines de bon vouloir envers les malheureux et un corps médical qui a donné trop de preuves d'intégrité pour ne pas mériter d'être à l'abri du soupçon. Le résultat a été funeste, car pendant que tous les intéressés, si injustement accusés, cherchaient à mettre leur responsabilité à couvert, c'est l'aliéné, c'est le malade qui a pâti ! On s'est servi d'un mot à l'aide duquel il est facile de passionner les esprits en France : sur tous les tons on a parlé de la liberté individuelle ... On a fait grand bruit autour de certains procès dont le souvenir est dans toutes les mémoires ; on sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur ces prétendues séquestrations arbitraires ; l'opinion publique et les tribunaux en ont fait justice. Mais il faut bien savoir que les preuves d'intelligence données par un individu ne démontrent nullement qu'il n'ait été, qu'il ne soit fou. On peut écrire un mémoire, faire un plaidoyer remarquable, accumuler avec une habileté consommée toute sorte d'arguments en faveur de sa capacité mentale, adresser des pétitions aux autorités législatives, et n'en avoir pas moins été un malade dont l'état pathologique a exigé impérieusement un séjour plus ou moins long dans un asile..."

3. Mais, malgré de tels efforts d'honnêteté et de dédramatisation, la campagne suivante ne va pas tarder à éclater, engendrée par ce qu'on continue d'appeler aujourd'hui "le crime de Clermont" : à l'hôpital qui avait particulièrement inspiré les

descriptions d'Hector Malot, le 3 mars 1880 un jeune aliéné du nom d'Appert est si gravement battu par un surveillant du nom d'Estoret, puis abandonné sans soin, que son bras blessé se gangrène ; le responsable, fuyant l'aveu, décide que la plus discrète solution est de le tuer ; mais le corps est rapidement découvert, ce qui déclenche une fois de plus une "remise en cause des asiles" très médiatisée (Fauvel 2002). Pour ce qui est de l'histoire de la littérature, ces affaires et ces campagnes donnent naissance à des vagues de "romans d'asiles" (26) et de mémoires d'interné(e)s (27) (arbitrairement bien sûr !) qui passionnent l'opinion publique (28) et donnent à chacun la funeste opinion que chacun est juge de la folie, et que quiconque est anti-psychiatre devient *ipso facto* le défenseur des "fous".

NOTES

- (1) On verra la publication complète de toutes les discussions et interventions : *La loi de 1838. Discussion des députés et des pairs*, 5 tomes dans la Collection Analectes, Théraplix, Paris, n. d., en fait 1972 ; et *La loi de 1838 sur les aliénés, présentée* par Claude QUÉTEL, Paris, Frénésie éditions, 1988 ; puis l'excellente analyse de G. LANDRON, "Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés" *Déviance et société* 19, 1995, 3-21. Pour l'expérience de psychiatres, cf. Michel GOUREVITCH, "Vitalité de la loi de 1838", *Histoire des sciences médicales*, XXII, 1988, 175-180 ; et Idelette de BURES, "À propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838", *Histoire des sciences médicales*, XL, 2006, 301-304 ; psychiatre chevronné, elle dit n'avoir pas connu de séquestration arbitraire, bien que des placements trop rapides soient possibles.
- (2) Ancien élève d'Esquirol, à l'origine de la loi avec son rapport *Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer*.
- (3) Sa mauvaise image est due aujourd'hui surtout à son hostilité à l'homosexualité, qu'on n'appelait pas encore "homophobie" ; on lui doit en fait beaucoup pour sa dénonciation des violences de toutes sortes exercées sur les bébés et les enfants.
- (4) L'exemple qui va suivre n'est pas tout à fait le premier ; la priorité revient à Karl des Monts, alias Ernest de Garay, avec *Un martyr dans une maison de fous, révélations historiques* (1863, J.-J. Rodez, Bruxelles), qui me paraît un simple roman par lettres et non un témoignage direct, et qui connut au moins cinq éditions (5ème édition, Paris, Lacroix, s.d.). La nouvelle édition, par Jérôme Solal, éd. Mille et une nuits, Paris, 2010, n'apporte rien. Il se peut que la forme épistolaire de ce petit ouvrage extrêmement malveillant ait inspiré le roman dans le roman de Malot, les lettres à la bien-aimée.
- (5) Il s'agit du regroupement, éventuellement complété, des notices rédigées pour l'édition Flammarion, lancée en 1892, terminée en 1898.
- (6) Agnès THOMAS-MALLEVILLE dans ses *Promenades en Normandie avec un guide nommé Hector Malot*, Charles Cordet, Condé-sur-Noireau, 1993, ne commente pas.
- (7) Le romancier ne donnera pas de nom, ni du département, ni du préfet de celui-ci, ni de l'interné.
- (8) Quand les départements n'ont pas d'asile public, "ils sont autorisés à placer leurs aliénés dans un asile privé", en général relevant d'un ordre religieux, "faisant fonction d'asile public". Mais il existe aussi des maisons privées, comme la fameuse maison du Dr Blanche.
- (9) Intéressants aussi les cas des docteurs Théodore Auzouy, avec *Asile public d'aliénés de Pau. Colonie agricole de Saint-Luc projet de translation de l'asile de Pau sur les terrains de cette colonie. Compte-rendu moral, administratif et médical du service de l'établissement. Exercice 1862*, Pau, 1863, celui-là même que viserait Karl des Monts ; et Augustin Motet, avec son analyse *Des aliénés devant la loi*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1866.
- (10) "Idéaliste passionné" serait sans doute la définition que donnerait de lui notre amie Caroline Mangin-Lazarus.

- (11) Plombières (les-Bains), redevenue une importante ville de thermalisme sous Louis-Philippe, est en plein développement, grâce à Napoléon III
- (12) Mais il écrit aussi sur d'autres sujets, comme le cancer et l'acupuncture.
- (13) Victor Suin, conseiller d'État et conseiller municipal de Chatou sous Napoléon III, a laissé une toute petite place dans l'histoire de l'art grâce à sa belle villa de Chatou, dans tout un ensemble de villégiature, dont le classement fait problème.
- (14) Le cas de Garsonnet aurait également été intéressant, mais la littérature secondaire confond le père (Eugène) Hilaire (normalien, 1814-1876) et le fils Eugène (juriste, 1841-1899), lequel me paraît le véritable auteur de *Port-Royal et la médecine aliéniste*. Les écrits de ce couple père-fils mériteraient une étude.
- (15) Philippe de Bosredon du Pont (1827 à Chavagnac-1906 à Saint-Cloud), notamment secrétaire général au Ministère de l'intérieur, entraîné semble-t-il dans la défaite impériale
- (16) Cf. le toujours indispensable SÉMELAIGNE René - *Les pionniers de la psychiatrie française, avant et après Pinel*, Paris, 1930 (ou éd. électronique) ; puis SWAIN Gladys - *Le sujet de la folie ; naissance de la psychiatrie*, Paris, 1977 (rééd. 1997) qui réfute judicieusement FOUCAULT Michel - *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, 1972.
- (17) Nous n'envisageons pas cette fois non plus l'hôpital lui-même, mais signalons que Malot a visité des établissements de soin dont celui de Clermont-de-l'Oise, et lu bien des prospectus, le plus souvent illustrés, comme on en écrivait alors pour toutes sortes d'établissement médicaux et paramédicaux. Dans la région où se passe le roman, existait dans l'Eure un asile public, l'asile de Navarre, à quelques kilomètres d'Évreux, ouvert en 1866, alors que dans le Calvados les aliénés étaient traités au Bon Sauveur, de Caen, ancien établissement religieux.
- (18) Malheureusement "le dossier qui (lui) avait servi à écrire (son) roman" a disparu des papiers conservés par la famille.
- (19) Ce roman fut en effet publié la même année à New York par Lassale, puis réédité en 1891 par Dentu, en 1896 par Flammarion, et en 1899 par Fayard ; je ne connais pas les tirages. Mais il tomba alors dans l'oubli, jusqu'à nos jours, l'étude de Malot étant relancée par le groupe de recherche de Francis Marcoin, actuel président de l'université d'Artois, et d'Agnès Malleville, descendante de l'auteur.
- (20) Adolphe Belot (1829-1890), contemporain à peu près exact de Malot né en 1830, mais mort beaucoup plus vieux, en 1907.
- (21) Le commentaire de Malot dans les notes manuscrites (254) ne dit rien de ces changements, mais estime que "ce fut un grand succès de première, une acclamation ; mais elle ne fit pas le sou ; la folie fait peur au théâtre".
- (22) C'est probablement une pure calomnie, généralisée à tous les "marchands de soupe" et à leurs fournisseurs, pratiquant une dichotomie éhontée, alors que pour Malot lui-même un sou est un sou : le *Journal des Débats* lui avait promis 150 francs le feuilleton pour *Une bonne affaire* ; n'en recevant que 125, il conclut : "je n'ai pas écrit depuis aux *Débats*" (1869) (notes manuscrites, 256).
- (23) TARDIEU Ambroise - *Étude médico-légale sur la folie*, Paris, Baillière, 1872. Dans le pamphlet de la page X, Tardieu défend âprement et de façon très bien argumentée les valeurs aliénistes.
- (24) Malot ne souhaite pas non plus répondre aux sollicitations de Mme Dreyfus, qui alors s'adressa à Zola. Dans les deux cas le lecteur peut s'étonner de la part d'un homme réputé généreux cette façon de refuser l'engagement.
- (25) Zola, plus jeune que Malot de dix ans, voyait en lui une espèce de disciple prometteur ; préparant *La Conquête de Plassans* (1874), il considérait que celui-ci avait déblayé le terrain pour sa propre présentation de l'internement du malheureux Mouret (26) ; il avait déjà écrit l'*Histoire d'un fou (L'Événement)*, 8 juin 1868), reprise en 1869 et 1872.
- (26) Par exemple d'Yves Guyot (journaliste à *La Lanterne*), *Un fou*, Paris, Marpon/Flammarion, 1884.
- (27) Par exemple, de Hersilie Rouy, hospitalisée de 1854 à 1868, *Mémoires d'une aliénée*, publiés par É. Le Normant des Varannes [avec une préface de Jules-Stanislas Doinel], in-18,

UNE CAMPAGNE CONTRE LA LOI DE 1838 RÉGISSANT LE STATUT DES ALIÉNÉS

XII-540 p., portrait, plan et fac-similé, Paris, P. Ollendorff, 1883. Elle poursuit au moins son délire de filiation après sa sortie. Cf. Yannick RIPA, *L'affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIX^{ème} siècle*, Tallandier, Paris, 2010.

(28) Cf. la thèse EHESS d'Aude Fauvel, *Témoins aliénés et "Bastille moderne"*. *Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, soutenue en 2005 et reproduite à l'atelier de reproduction des thèses en 2012.

SOURCES

- CALMEIL Louis - *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, historique et judiciaire*, Paris, J.-B. Baillière, 1845.
- DU CAMP Maxime (1822-1894) - *Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle* (premier volume, 1869 ; mon édition de référence est la sixième, Hachette, Paris, 1879).
- CHASLES Adelphe - *Colonie Agricole de Bonneval. Compte Rendu*, Librairie Pégurier, n.d. (homme politique, 1795-1868).
- HUC Théophile - *Des aliénés et de leur capacité civile, projet de réforme de la loi du 30 juin 1838*, Paris, Cotillon, éditeur, libraire du Conseil d'État, 1869.
- *La loi de 1838. Discussion des députés et des pairs*, 5 tomes dans la Collection Analectes, Théraplix, Paris, n. d., en fait 1972 (ou *La loi de 1838 sur les aliénés, présentée par Claude QUÉTEL*, Paris, Frénésie éditions, 1988).
- MALOT Hector - *Un beau-frère*. Cette œuvre paraît d'abord en feuilleton dans *Le journal des débats* en 1868, du 28 août au 18 octobre, avant d'être publiée chez Hetzel en 1869. *Le Roman de mes romans* regroupe des notices rédigées pour l'édition Flammarion de 1892, éventuellement complétées, terminé en 1898.
- ROUHIER Eugène - *De la camisole ou gilet de force*, thèse médecine, Paris 1871 n° 47 / 69999, T. 312 n° 5.
- SARCEY Francisque - *La Question des aliénés* (1883), deux articles de M. Francisque Sarcey..., Paris, impr. de Tolmer, 1883, Extrait du journal *Le Gaulois*, des 5 et 8 mars 1870.
- TARDIEU Ambroise - *Étude médico-légale sur la folie*, Paris, Baillière, 1872.
- TURCK Léopold - *Nouveau mémoire sur la nature et le traitement de la folie*, 1862, Paris, J.-B. Baillière et fils.
- Pétition au Sénat sur le régime des aliénés en France*, 10 janvier 1865, Gray, impr. de A. Roux, 1865.
- Un dernier mot du Dr L. Turck, à l'appui de sa pétition au Sénat, sur le régime des aliénés en France*, Gray, impr. de A. Roux, 1866.
- Encore les aliénistes et les asiles*, Gray, impr. de A. Roux, 1866.
- Observations du Dr Turck adressées à M. le sénateur Suin, rapporteur de sa pétition, sur le régime des aliénés en France, et les nombreux inconvénients de la loi de 1838 sur cette matière*, Gray, impr. de A. Roux, 1867.
- VOISIN Auguste - "De l'utilité de la camisole de force et des moyens de contention dans le traitement de la folie", *Annales médico-psychologiques*, 6^{ème} série, t. IV, novembre 1880 (ou tiré à part 1881).

BIBLIOGRAPHIE SECONDAIRE

Pour la bibliographie de ce sujet précis on se reportera à deux études de DG en cours de publication : "La mise en scène de la loi de 1838 dans *Un beau-frère* (1868). Étude médico-littéraire", dans *Malot et la loi*, sortie prévue en 2014, université d'Artois, Arras ; et "Quelques aspects du quotidien d'un interné à l'hospice du Luat dans *Un beau-frère* d'Hector Malot", dans *Colloque de pathographie*, Bergues, 2013, sortie prévue en 2015 chez De Boccard, Paris. On y ajoutera l'article d'Agnès THOMAS-MALLEVILLE - "Malot la Probité, une figure à part dans le milieu littéraire du XIX^{ème} siècle", *Cahiers Robinson*, 10, 2001, 9-18. Et Aude FAUVEL - "Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 49, 2002(1), 195-216.

RÉSUMÉ

Lorsque l'empire autoritaire laisse la place à l'empire libéral, après notamment les élections législatives de 1863, les mécontentements s'expriment plus librement. La loi de 1838 relative à la situation des aliénés est ainsi l'objet d'une vague de critiques, notamment quant à l'interdiction et à la séquestration. On observe en particulier ici le rôle de trois personnalités dans cette campagne, chacune selon ses méthodes: Hector Malot qui en 1866 publie le roman Un beau-frère, sur une sinistre affaire de famille, avec internement d'un "innocent" ; le docteur Léopold Turck, ancien carbonaro, qui de sa province inonde l'opinion de pamphlets ; le juriste Huc. On en verra les effets, et les raisons, profondes et anecdotiques, d'autres campagnes récurrentes.

SUMMARY

When Napoleon the 3d's government turned to its liberal phase, dissatisfactions felt free to become visible, among which the problems engendered by the law of 1838 about the situation of mental patients ; during the 60s, a novelist, Hector Malot ; a doctor, Léopold Turck ; a jurist, Théophile Huc, tried to amend it.



Aujourd'hui encore, l'après-midi du 14 juin 2014, boulevard Saint-Germain

(© Pierre L. Thillaud)

Ouvrage de dame à l'hôpital Sainte-Anne *

par Pierre L. THILLAUD ** et Jacques POSTEL

L'histoire que je vais vous raconter a plus de quarante ans d'âge. C'est un souvenir personnel que j'ai choisi de vous faire partager. Souvenir personnel déjà confié voilà près de trente ans, à notre collègue Jacques Postel ; ce qui justifie cette contribution commune. Nous sommes en 1973 et l'antépénultième de mes stages semestriels d'externe me conduit à Sainte-Anne. Au pavillon Pierre Janet (1859-1947), devenu depuis Raymond Garcin, dont le chef de service est alors Sven Follin (1911-1997) et, plus précisément, au pavillon C qui n'héberge que des femmes.

La création de l'hôpital Sainte-Anne fut décidée par Napoléon III en 1862. Sa construction, dirigée par le baron Haussmann, visait à doter Paris d'un "asile clinique" qui fût un lieu de traitement, de recherche et d'enseignement des maladies mentales. Le terrain sur lequel il fut édifié était alors occupé par la "ferme Sainte-Anne" où venaient travailler les aliénés de l'hospice de Bicêtre. Mais, bien avant, un premier hôpital Sainte-Anne, établi par Anne d'Autriche, occupait ces mêmes lieux. L'inauguration de l'actuel hôpital fut célébrée le 1er janvier 1867 et la première admission fut enregistrée le 1er mai de la même année. Le 31 mars, Prosper Lucas (1808-1885) prenait ses fonctions de médecin en chef de la section des femmes.

La division des femmes résulte du partage dès 1871, soit bien vite après la défaite de Sedan, de la direction unique de l'établissement installée en 1867 qui fut naturellement jugée incompétente puisque trop proche du pouvoir déchu. Cette division regroupe les six pavillons occupant toute la partie gauche en entrant par le porche de l'établissement d'origine et sont déjà identifiés par les lettres A à F. En 1879, Gustave Bouchereau (1835-1900) succède à Lucas. Vers 1927, la division des femmes sera réorganisée en deux sections, la 1ère composée des pavillons A, B et C, la 2ème des trois autres. En 1961, cette "Première section des femmes" fait l'objet d'une nouvelle affectation de ses pavillons. Les pavillons A et B sont confiés au Docteur Bernard et le pavillon C à Follin. Dix ans plus tard, la réduction de la capacité d'accueil consécutive à une réorganisation territoriale de la psychiatrie en Ile-de-France et la spécialisation croissante des fonctions de soins contribuent à individualiser un pavillon, notre pavillon C, qui abrite désormais 80 femmes adultes sinon âgées, réparties en quatre dortoirs sur deux niveaux. Il appartiendra à notre collègue Jacques Postel, qui succède à Follin en 1982, de vider puis de fermer le pavillon C au cours des années 1987-1988. Quelque temps plus tard, ce

* Séance Séance de juin 2014.

** 68, boulevard Henri Sellier, 92150 Suresnes. pierre.thillaud@wanadoo.fr

pavillon est transformé en “zone administrative” affectée par la direction de l’hôpital à l’organisation de réceptions et autres manifestations de prestige. Il est aujourd’hui entièrement réservé à la formation continue (IFCS).

Cette destination n’est pas faite pour surprendre l’habitué que nous fûmes de ces lieux qui, malgré leur usage premier, étaient alors absolument inattendus et même pleins de charme. La porte franchie, le visiteur se trouvait dans un hall assez largement occupé par un escalier desservant le sous-sol et l’unique étage du pavillon. Ceci fait, le visiteur entraînait dans un monde quelque peu surréaliste lui faisant croiser une population uniformément marquée d’une “folie” caricaturale, cinématographique, qui déambulait indifféremment entre des dortoirs tout à fait conformes aux normes administratives des premières années du XX^{ème} siècle et un espace totalement clos cachant au reste du monde un incroyable havre de paix, presque champêtre, nous transportant à cent lieues de Paris. Imaginez la façade du pavillon opposée à celle de l’entrée, bordée sur toute sa longueur d’une profonde terrasse couverte surplombant une assez vaste cour de terre battue, légèrement pentue, plantée d’une demi-douzaine de vieux et beaux feuillus peuplés d’une multitude de petits oiseaux tous plus chanteurs les uns que les autres tandis qu’au sol régnait une forte compagnie de chats.

Les 80 femmes qui peuplaient le pavillon C avaient un point commun. Toutes partageaient un même diagnostic ou, plus exactement, la même étiquette mentionnant invariablement une paralysie générale. Certes, on est depuis assuré que toutes n’étaient pas syphilitiques. Pour autant, toutes étaient recluses. À vie. Et chacune de partager la même destinée. La mort, sans tarder, les menait à l’amphithéâtre où durant plus de 20 ans, jusqu’à sa retraite vers 1990, le professeur C. Védrenne procéda à la section en coupe ultrafine de leur cerveau. Nous ignorons encore quelles publications vinrent justifier la systématisation de cette procédure qui, pour l’externe que j’étais alors, relevait du “rituel” somme toute en parfaite harmonie avec la magie des lieux.

L’unique objet de ce recrutement trouve sa justification dans l’histoire de la longue lutte que se livrèrent médecins et trépanèmes et l’extraordinaire diversité des aventures thérapeutiques engagées à ce titre entre la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et le premier usage de la pénicilline, vers 1948. La plupart des pensionnaires du pavillon C venaient de Maison-Blanche. En fait, depuis longtemps, tous les patients de la région parisienne entamaient leur parcours psychiatrique à Sainte-Anne. Si un maintien en milieu fermé était décidé, les femmes étaient dirigées sur Maison-Blanche et les hommes sur Ville-Évrard. Jusque dans les années 1950, les plus pauvres de ces “internés” étaient dans un second temps placés en province, en “grande périphérie”. Mais, tout au long de ce lent cheminement dans l’univers psychiatrique, l’affichage d’une paralysie générale valait aux patientes les plus proches un accueil au pavillon C.

Parmi les innombrables recherches entreprises pour contrarier le cours naturel de cette syphilis qui minait toutes les couches sociales de la France, il en fut une dont la destinée se trouva étroitement liée aux pensionnaires de notre pavillon C : la paludothérapie. L’idée d’utiliser les effets morbides et, plus précisément, les fortes fièvres générées par le paludisme dans le traitement des psychoses date du début de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle. En 1864, Hermann Nasse (1807-1892) enregistre les bienfaits de la fièvre tierce sur la paralysie générale. En France, Émile Legrain (1865-19 ??) préconise dès 1913, l’impaludation “au début de la paralysie générale et du tabès”. Il faut attendre 1917 et les travaux du psychiatre autrichien, Julius Ritter von Jauregg (1857-1940), pour

disposer d'une méthode bien établie fondée sur le recours au *Plasmodium vivax* qui présentait l'avantage de donner des accès de fièvre francs et réguliers.

À Sainte-Anne, Paul Sérieux (1864-1947), durant les années 1920-1935, puis Paul Guiraud (1882-1974), entre 1935 et 1948, engagèrent régulièrement sur leurs patientes du pavillon C ces cures d'impaludation et pour cela étaient dépositaires de souches entretenues par passages successifs de femmes en femmes. Les modes habituels d'inoculation étaient la voie sous-cutanée ou la voie intraveineuse. Certains praticiens eurent cependant recours à la piqûre directe par des moustiques infestés qui faisaient alors l'objet d'un véritable élevage. La cure visait à déclencher des accès francs, de 39 à 40 degrés. Au terme du dixième accès, le paludisme généralement s'atténuait spontanément mais à mi-course il paraissait indispensable d'engager une cure de quinine. À cette dernière, était parfois associé un traitement arsenical. Telle était la raison principale du pavillon C de l'hôpital Sainte-Anne. En 1973, bien sûr, plus aucune de ses pensionnaires n'avait le souvenir d'un pareil traitement, même si un grand nombre d'entre elles comme notre héroïne en avait bénéficié.

Mon aventure débuta un jour de garde, une fin d'après-midi de juillet. Vers 18h, un chahut se fit entendre dans un dortoir du rez-de-chaussée. Le bruit s'amplifiait tandis que l'équipe de surveillance accourait. Sur place, deux femmes enchevêtrées se battaient furieusement, à même le carrelage. Il nous était impossible d'en approcher et seul l'usage du "nerf de bœuf" eut raison de la bagarre et autorisa la médication des belligérantes. Dans la douceur du soir venu, sur la terrasse, je devisai avec la surveillante à propos de cet épisode si brutal qui m'avait passablement surpris tant à cause de la violence de cette lutte entre deux malades d'âge certain, que de l'usage du "nerf de bœuf". C'est alors que la vie de Madame St..., impliquée dans la rixe, me fut contée.

Germaine Renée St... était née le 4 mai 1902, entrée à Sainte-Anne le 25 juillet 1934 à la faveur d'une paralysie générale et s'y trouvait encore le 19 juillet 1974 pour une fois de plus se battre, à 72 ans, avec sa voisine de chambrée. C'est tout. Voilà donc toute la vie de Madame St... ? Pas tout à fait, Madame St... avait un secret, un jardin secret, la broderie. Et la surveillante de me conduire au sous-sol du pavillon C, dans un long couloir garni d'une rangée de vestiaires individuels réglementaires en métal peint. Ouvrant sur son indication l'un d'entre eux, je le trouvai tout entier bourré de pièces de tissu chiffonnées qui déjà tombaient sur le sol carrelé. J'avais devant les yeux tout le trésor de Madame St... Pour exercer ses talents de brodeuse Madame St... avait besoin de matière. J'appris que le tissu lui était régulièrement fourni avec la découpe de vieilles alèses de l'hôpital et que la laine - plus exactement, des bouts de fil de laine - lui était donnée par chacune des employées du pavillon qui, à temps perdu, tricotaient. De la layette exclusivement, si l'on en juge d'après la palette de couleurs de notre artiste. Pour chacune de ses œuvres, Madame St... commençait par couvrir la pièce de tissu d'innombrables motifs tracés au stylo à bille bleu. Motifs innombrables mais aussi immuables, figurant toujours des chats dans des paniers ou sur pieds et des "nounours" dont seules la taille et la couleur varient.

La pièce rectangulaire (48 x 57 cm.) que nous vous présentons n'échappe pas aux règles de composition qui marquent la plupart des broderies de Madame St... (Fig. 1). Un détail cependant mérite d'être signalé. Au centre de la composition, figure un motif doublement singulier : d'abord, parce qu'il est de teinte sombre, couleur lie de vin ; ensuite, parce qu'il figure un personnage. Ce personnage n'est pas n'importe qui. Sa corpulence, sa cigarette au coin des lèvres, ses yeux maquillés outrageusement et sa



Fig. 1 : Un morceau d'alèse réformée constellé de chatons rose ou vert tendre nichés dans leur panier et quelques nounours jaune pâle, brodés au point jeté, font la ronde autour d'une singulière figuration humaine.

longue natte de cheveux, devaient permettre de l'identifier à coup sûr. Ce qui fut fait. Ce personnage menaçant, qui trône au milieu des chatons roses ou vert tendre et des nounours jaunes, n'est autre que le portrait très fidèle de la voisine de chambre de Madame St..., celle-là même avec qui elle s'écharpait dans l'après-midi... (Fig. 2).

Nous connaissons une seconde broderie de même origine. Elle fut remise par Jacques Postel au Musée Historique Sainte-Anne vite après que nous lui ayons appris l'existence de ce trésor (1986) qui fit auparavant l'objet d'une petite exposition dans le cadre du service. Cette œuvre rectangulaire (110 x 90 cm. environ) composée à la manière d'un patchwork, résulte de l'assemblage de 15 pièces rectangulaires de dimensions assez égales (22 x 30 cm. environ). La composition de cette broderie diffère très sensiblement de la précédente par son ordonnancement assez régulier et la dominance presque exclusive de motifs floraux très finement exécutés. On y retrouve bien quelques rares paniers garnis de leur chat. Mais, cette fois, point de voisine (Fig. 3).

Que sont devenues toutes les autres qui par dizaines remplissaient tout un vestiaire métallique ? Nous l'ignorons. Les broderies de Madame St... donnent-elles matière à une lecture psychiatrique ? Quatre spécialistes ont été sollicités. Les trois premiers n'ont pas été en mesure de procéder à cette analyse. Le quatrième, éminent connaisseur des liens

OUVRAGE DE DAME À L'HÔPITAL STE-ANNE



Fig. 2 : De teinte bien sombre, couleur lie de vin, un personnage corpulent, cigarette au bec, avec des yeux outrageusement maquillés et une longue natte noire : la voisine de chambre de l'artiste mais aussi son adversaire de toujours.



Fig. 3 : Bien plus élégante et sereine, composée à la façon d'un patchwork, cette broderie diffère sensiblement de la précédente par l'ordonnement de ses motifs floraux assez uniformes. Ici point de chatons, ni de ... voisine.

qui unissent l'art à la folie, nous a fait valoir que "d'une façon générale, il n'est plus d'actualité de faire une lecture psychopathologique des productions artistiques des patients", car il est désormais admis que celles-ci "ne sont pas forcément le reflet de la vie psychique de leurs auteurs". Pour autant, et c'est déjà une réponse, notre expert remarque que "ces représentations sont tout à fait élégantes et sereines".

Ceci étant, depuis leur découverte, les ouvrages de dame brodés par Madame St... nous sont personnellement toujours apparus comme l'expression d'un projet artistique autonome et abouti qui pouvait tout à fait prétendre appartenir à cet "art brut" que son "inventeur", Jean Dubuffet, définissait en 1949 comme "cet art des personnes indemnes de culture artistique (...) qui tirent tout de leur propre fond et non pas des poncifs de l'art classique ou de l'art de la mode (...) opération artistique toute pure, brute, réinventée dans l'entier de toutes ses phases par son auteur, à partir seulement de ses propres impulsions". Au-delà de l'analyse du spécialiste et du sentiment de l'amateur, nous souhaitons simplement vous faire connaître ces œuvres dont la nature doublement remarquable relève tout autant de leur esthétique propre que de la destinée de leur auteur.

J'allais oublier, Madame St... avait un autre trésor. Elle était l'unique propriétaire de trois immeubles entiers boulevard Haussmann à Paris, placés sous tutelle, dont les revenus durant plus de quarante ans permirent d'offrir à cette richissime patiente et singulière artiste de séjourner au pavillon C de la section des femmes de Sainte-Anne...

REMERCIEMENTS

Grâce à l'extrême obligeance du docteur Anne-Marie Dubois (médecin psychiatre, centre d'étude de l'expression, C H Sainte-Anne, Paris), spécialiste reconnue d'art-thérapie, nous avons pu nous assurer de ne point omettre une analyse psychopathologique pertinente des œuvres présentées. Grâce à la bienveillance du docteur Michel Caire (médecin psychiatre, E P S Maison Blanche), éminent spécialiste de l'histoire de l'hôpital Sainte-Anne, membre de notre société, nous avons pu valider la partie historique de notre propos et en parfaire la référence artistique. Grâce au très aimable accueil qu'a bien voulu nous réserver Madame Pierrette Ribière (assistante du conservateur du Musée et du Centre historique de Sainte-Anne, Paris), il nous a été permis de retrouver parmi les collections de ce musée trop méconnu, une autre œuvre de notre brodeuse. A tous trois, nous adressons nos plus sincères remerciements.

BIBLIOGRAPHIE

CAIRE Michel - Contribution à l'histoire de l'hôpital Sainte-Anne (Paris) : des origines au début du XXème siècle ; Thèse Médecine, Paris V, Cochin-Port-Royal, 1981, n° 20, 160- VIII p., ill.
DUBOIS Anne-Marie - *De l'art des fous à l'œuvre d'art*, Paris, Ed. Edite-Centre d'étude de l'expression, 2007, 303 p. (suivi de trois autres volumes, même éditeur, 2008, 2009 et 2010).

RÉSUMÉ

En juillet 1974, une femme de 72 ans, pensionnaire du pavillon C de l'hôpital Sainte-Anne depuis 40 ans, se dévoile au terme d'une violente rixe qui l'oppose une fois encore à sa voisine de chambrée comme une formidable artiste. Internée au titre d'une paralysie générale depuis 1934 dans ce haut lieu de la paludothérapie, cette patiente s'adonne avec passion à la broderie. Son ouvrage de dame qui relève plutôt d'une parfaite expression de l'art brut cher à Jean Dubuffet, méritait d'être révélé.

SUMMARY

In July 1974, a 72 old woman had been a patient for forty years in Sainte-Anne Hospital, Ward C. As she had again a violent brawl with her neighbour patient, she revealed being a tremendous artist. She had been confined on account of dementia paralytica in the Mecca of malariotherapy, and passionately devoted herself to embroidery. Her fancy work was rather a matter for Jean Dubuffet's art through its perfect expression and deserved being known.

Analyses d'ouvrages

CÉLINE Louis Ferdinand - *Lettres à Henri Mondor*, nrf, Gallimard, Paris, 2013.

Les manuscrits et lettres de Céline ont disparu dans l'incendie à Meudon de son pavillon en 1968. L'intérêt de cette correspondance récemment retrouvée par Cécile Leblanc dans le fond Henri Mondor de la bibliothèque Jacques Doucet n'en est que plus grand, car elle apporte une lumière nouvelle sur les deux protagonistes. Elles appartiennent à l'histoire de la médecine et de la littérature.

Henri Mondor, né à Saint-Cernin dans le Cantal en 1885 et mort à Paris en 1962, était fils d'instituteur-directeur d'école. Très doué, il choisit la médecine et l'internat des hôpitaux, plutôt que Normale Sup, comme Robert Debré abandonna la philosophie, dans le souci altruiste d'apporter une aide plus directement efficace à leurs semblables. Professeur de clinique chirurgicale à la Salpêtrière de 1941 à 1955, il écrivit de nombreux livres de médecine et de chirurgie, dont *Les avortements mortels* et *Diagnostics urgents* en pathologie abdominale qui ont été pour beaucoup d'entre nous une lecture vivifiante à l'opposé des sèches questions d'internat. Le regret de n'avoir pas été à Normale Sup développa sa passion d'homme de lettres. Il fut donc écrivain et ami des poètes Mallarmé et Paul Valéry, à qui il succéda à l'Académie française en 1946. Appartenant à toutes les académies, dont celle de médecine à laquelle il fut élu en 1945, à de multiples jurys littéraires, il était naturellement compatissant et ouvert à d'autres styles que le sien, élégant et sobre comme ses dessins, car il alliait au bonheur de l'écriture celui d'un graphisme minutieux. Son purisme formel ne l'empêcha pas toutefois d'être parmi les premiers à discerner chez l'auteur du *Voyage au bout de la nuit* et de *Mort à crédit* le romancier le plus original du XX^{ème} siècle, opérant une "révolution" renouvelant le roman.

Louis Ferdinand Destouches (Courbevoie 1894-Meudon 1961) est également médecin et écrivain sous le nom de Céline. Écrivain, comme il le mentionnait en dérision, mais, parmi ceux du XX^{ème} siècle, le plus traduit et diffusé dans le monde avec Marcel Proust. Sa vision du monde est tragique comme son siècle et s'il dénonce dans des imprécations volubiles les turpitudes et atrocités humaines, il dispense sa compassion et sa générosité en soignant gratuitement les indigents. Il est anticapitaliste, anticolonialiste et anticommuniste, surtout désespéré, alors qu'Henri Mondor est son contraire, optimiste et jovial, comme me l'a garanti son disciple, notre confrère et ami Jean Natali. L'âme humaine, c'est connu, est pétrie de contradictions, mais on s'étonne que, pendant l'Occupation, Céline ait commis trois pamphlets aussi violemment antisémites et racistes. Il fut aussi nettement pronazi. À la Libération, il dut s'exiler, et fut condamné par contumace à l'indignité nationale. Défendu par Me Tixier-Vignancour, il fut amnistié au titre de grand invalide de la Grande guerre. Revenu en France, il accroche sa plaque de médecin à Meudon, et redevient médecin des pauvres. N'était-t-il pas conscient déjà de sa singularité et qu'il se vivrait en écrivain maudit, quand il consacra sa thèse de doctorat en 1924 au médecin hongrois Ignace Semmelweis qui avait découvert le mode

de transmission de l'infection puerpérale mortelle chez les accouchées et dont l'incompréhension ambiante entama la raison.

De 1950 à sa disparition en 1961 Céline adresse une quarantaine de lettres à Henri Mondor, pour obtenir un soutien, une retraite, mais, ce qui lui tient le plus à cœur, est de convaincre Gaston Gallimard de publier l'intégrale de son œuvre dans la prestigieuse collection de la Pléiade, consécration qui sera posthume en 1962. Mondor reprit un texte antérieur revu et corrigé par Céline pour la préface de l'édition de la Pléiade ; il s'y montre un lucide critique littéraire. Les lettres de Céline à Mondor ont un style, qui fait du médecin de Meudon un Rabelais de notre temps, Rabelais lui aussi médecin et écrivain. Céline invoque le grand savant, couvert de gloire "repêchant du gibet le minable pustuleux poète confrère". Ce seul passage donne le ton, la démesure célinienne. L'autodérision ajoutée à la gouaille faubourienne atteint souvent le lyrisme et secrète une truculente vertu hilarante évitant aux convenances épistolaires le risque d'une triviale flagornerie. L'outrance de Céline qui se sent toujours cerné et menacé jaillit à propos des chacals qu'Henri Mondor affronte courageusement : "vous avez mis la plume sur la plaie, lui écrit Céline, la plus hideuse plaie des Français, la médisance, le dénigrement enragé des leurs. Ah la haine ! le Français a la haine du Français ; il ne l'intéresse vraiment que lorsqu'il peut l'envoyer à la guillotine ou au poteau. Le véritable patriotisme lui manque absolument... Combien d'écrivains français ont été obligés de fuir la France ?". Si *Voyage au bout de la nuit* reçut un accueil favorable et obtint le prix Renaudot, il est vrai que *Mort à crédit* fut éreinté par la critique et, à juste titre, les odieux pamphlets. Les lettres à Henri Mondor sont écrites sur des feuilles d'ordonnance du docteur L. F. Destouches, de la faculté de médecine de Paris. Les demandes alternent avec les remerciements. Les premières observent la distance que réclame le respect, puis elles s'achèvent dans la complicité confraternelle de ces deux médecins-écrivains d'exception parvenus à la fin du Voyage.

Jacques Battin

WESTON Robert - *Medical consulting by letter in France 1665-1789*, Burlington, Ashgate, 2013.

L'auteur étudie les consultations médicales épistolaires en France aux temps modernes, et entend enrichir d'un éclairage inédit l'histoire de la médecine française à cette époque. Il propose que ces consultations, lorsqu'elles sont imprimées, le soient dans un triple but : pédagogique pour les jeunes médecins, repoussoir pour les pratiques des empiriques et charlatans, et lucratif pour les consultants.

L'auteur établit le constat intéressant de la coopération pragmatique entre les médecins et les chirurgiens contrairement à la rivalité affichée et communément admise. Ainsi, la rivalité était-elle de l'ordre de l'organisation professionnelle basée sur les prérogatives et champs d'action de chacun, le réalisme et la solidarité entre praticiens patentés l'emportant sur le terrain.

L'interrogation de l'auteur sur la place des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles en terme de progrès médical le conduit à relier l'étude des consultations épistolaires aux théories médicales et plus globalement à l'histoire de la médecine. Il constate que les prescripteurs ne suivent de façon stricte aucune théorie mais puisent dans chacune au cas par cas. L'étude des consultations lui permet de démontrer que les nouvelles théories (mécanique, chimique, le vitalisme n'étant pas cité dans le corpus de consultations) se greffent sur le modèle hippocratico-galénique. Pour autant, il remarque que les patients adhèrent plus à

la théorie des humeurs ainsi que les praticiens ordinaires. En accord avec d'autres auteurs, il estime qu'il n'y pas stagnation du progrès mais que la médecine aux temps modernes s'appuie sur des théories erronées qui s'érodent progressivement. Il souligne par ailleurs l'augmentation notable à l'époque moderne des références au système nerveux : un chapitre est consacré à l'épilepsie, ce qui lui permet de montrer la place de la notion d'hérédité et la disparition graduelle des traitements ésotériques, sans pour autant que la médecine devienne aussi rigoureuse que certains se plaisent à le penser.

La place de la perception des patients est notable, patients qui ne contestent pas les théories mais les thérapeutiques et parfois les diagnostics. Traitements et médicaments apparaissent comme étant acceptés pour recouvrer la santé mais plus encore pour éliminer du corps ce qui lui nuit. Lorsqu'il étudie les thérapeutiques proposées, l'auteur les regroupe en deux catégories : - celles ayant pour but d'évacuer physiquement ou chimiquement ; - celles qui visent à modifier le mode de vie. Dans les premières il constate que les saignées sont prescrites dans la moitié des cas, et sont donc loin d'être systématiques. En revanche, les lavements et purges sont préconisés dans près de 83% des consultations. Les médicaments ne sont pas prescrits isolément : bon air, alimentation, exercices, repos et mode de vie sont en seconde position, en général en deux lignes en conclusion des consultations.

Si l'ouvrage est riche on aimerait davantage de contextualisation de la médecine française à cette époque : de très nombreux exemples étayaient certes les hypothèses émises, mais il manque une vue d'ensemble, ce qui laisse trop souvent la place à des intuitions de l'auteur qui donne l'impression de découvrir le monde médical au fur et à mesure de la rédaction. Une comparaison avec les ordonnances médicales issues du colloque singulier aurait été bienvenue.

Mais c'est surtout une méthode de traitements des données qui fait défaut. Regroupés sous forme de tableaux, les proportions des différents items tant en termes de contenu que de forme constitueraient un potentiel formidable d'études ancillaires sur une base solide.

On peut regretter que la bibliographie fasse très majoritairement référence à des études d'auteurs anglo-saxons - dont la qualité des études ne saurait être contestée -, ce qui induit, bien entendu, des points de vue partiels et prive l'auteur d'études qui auraient pu enrichir sa réflexion. De petites fautes d'orthographe dans les citations en français pourraient faire craindre des contresens, mais à la lecture des interprétations cela ne semble pas avoir été le cas.

En conclusion, la recherche d'une analyse exhaustive par l'étude des relations entre les différents acteurs des consultations épistolaires, enrichie par celle des traitements rapportés aux théories médicales constitue les fondements de cet ouvrage intéressant qui ouvre la voie à de nouvelles recherches passionnantes.

Pascale Gramain

WESTON Robert - (Honorary Research Fellow at the University of Western Australia), *Medical Consulting by letter in France 1665-1789, The History of Medicine in Context*

Ouvrage tout à fait intéressant car il s'adresse à un aspect particulier de l'exercice de la médecine au cours des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, les échanges épistolaires qui n'avaient alors jamais été explorés par les historiens. On note aussi que l'auteur est un anglophone mais qu'il a exploité un sujet original d'une façon complète et très approfondie dans la recherche des sources. Il apparaît que la médecine a souvent été l'objet d'interrogations, de conseils médicaux entre les malades, les médecins selon la hiérarchie de

l'époque. Les échanges littéraires entre ces différents personnages éclairent d'un jour nouveau la pratique de la médecine à cette époque. Elles sont aussi la traduction de l'état social et culturel de la société compte tenu de l'abondance des lettres et de la personnalité de leurs auteurs comme des célébrités parisiennes médicales ou ... de Madame de Sévigné.

2500 écrits couvrant une période de 120 ans et incluant plus de 100 médecins ont été analysés. Les manuscrits et la correspondance imprimés ont été examinés sur la période située entre la seconde moitié du XVII^{ème} siècle et la Révolution. Ils donnent une idée de la manière dont était pratiquée la médecine et ses relations avec l'extension de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. Enfin on découvre que la hiérarchisation de la société civile était rigide mais il n'en était pas de même en médecine où le statut du malade dépendait aussi de ses titres, de sa richesse, en tout cas de son appartenance à une élite. Quant aux médecins, leur statut reposait sur leurs connaissances médicales, mais, d'une façon générale, le médecin était renommé supérieur au chirurgien, à l'apothicaire ou à la sage-femme...

L'étude est divisée en deux parties : dans la première les chapitres sont les données des textes, les données professionnelles et les bases sociales. Dans la deuxième partie les 5 chapitres permettent de se faire une idée de la perception qu'avaient les médecins sur le corps, les maladies et la santé avec les nouvelles théories. En définitive cette étude des correspondances permet d'établir un portrait large des différentes maladies dans la société française à la fin de la période moderne à travers l'analyse des expériences journalières des médecins, des chirurgiens et de leur clientèle. Elle permet de situer le corps médical et sa hiérarchisation, les théories médicales et les thérapeutiques proposées. L'auteur rappelle que le début de son étude a été sa rencontre avec un dossier traitant d'un malade français recherchant un conseil médical et le menant à une exploration à travers la France. Son ouvrage devrait conduire, selon lui, à une recherche encore plus poussée sur ce type de correspondance médicale.

Claude Gaudiot

Muses et ptérodactyles : la poésie de la science de Chénier à Rimbaud, Anthologie sous la direction d'Hugues MARCHAL, Éd. du Seuil, Paris, 2013.

Sic transit gloria mundi... L'anthologie *Muses et ptérodactyles* ouvre sur la gloire passée de Jacques Delille, en son temps célébré pour sa poésie scientifique inspirée de Buffon ou collaborative avec Cuvier, dont les funérailles avaient occasionné un émoi à l'échelle de la nation en 1813. Si l'essentiel des textes présentés provient de l'âge d'or du genre (1792-1900), le recueil balaie une large période qui va de la Grèce antique à 2009. La poésie scientifique apparaît comme un reflet à la fois socioculturel et stylistique de chaque époque sans en omettre les aspects pédagogiques (par exemple la désaffection des "vers mnémotechniques" au profit de l'expérimentation et du jugement). L'ouvrage aborde successivement les ambitions d'un genre littéraire initialement perçu comme facilitateur de vulgarisation et de mémorisation, la charge de la preuve scientifique étant laissée aux notes d'accompagnement, puis la séparation des discours, du français défiguré par les néologismes scientifiques à la poésie condamnée au flou et à la déformation de la vérité. C'est aussi l'occasion d'une mise en perspective des idées du XIX^{ème} siècle : saint-simonisme, positivisme, science, néo-religion ou déicide, remise en cause du concept de l'honnête homme face à la primauté de la science, puis des bienfaits du progrès scientifique même...

La médecine n'est pas la discipline d'élection des élans lyriques du XIX^{ème} siècle. Sont ainsi abordées l'archéologie, l'astronomie, la chimie, l'économie, les mathématiques, la physique, les sciences naturelles. Pour la médecine, les textes colligés traitent des épidémies, de l'asepsie, de la vaccination, des saignées, des charlatans, et même de la poésie employée comme médication... Chaque chapitre comprend une introduction générale, des textes dits "gros plan", sélectionnés sur le renom de leur auteur ou leur originalité, ainsi que de multiples illustrations. Les sources sont multiples (presse, manuscrit...) et la valeur littéraire variable. Certains auteurs sont anonymes ou oubliés, d'autres ont pour nom Verlaine, Flaubert, Apollinaire, Claudel, Broca, Laennec...

La question de l'influence du progrès scientifique sur la littérature se pose : les épopées du XIX^{ème} siècle doivent-elles se baser sur le microscope ou la théorie de l'atome ? Sur le fond, la poésie scientifique garde ainsi trace de controverses et d'étonnements oubliés. Elle reflète l'évolution de la stylistique au détriment de l'alexandrin et des formes définies, et le chamboulement de la hiérarchie des genres au bénéfice du prosaïque et du quotidien, du banal. La poésie scientifique s'est vue reprocher, au fil du temps, la présentation de systèmes de pensée erronés, le glissement de la diffusion de connaissances théoriques à la prescription de mesures générales d'hygiène et de conseils thérapeutiques, puis à la glorification de produits particuliers à visée commerciale, génératrice d'une production versifiée en série proche de la réclame. Le médecin ou le chercheur est un héros prométhéen, saint et martyr : Pasteur devient un Hercule, un combattant de monstres ou de l'Allemand. Ce positionnement n'empêche pas les attaques personnelles (visant par exemple Broussais et l'omniprésente saignée). Rapidement s'installe un discrédit réciproque entre activité littéraire et recherche scientifique conduisant à reporter ou à s'abstenir de publier, à recourir à un pseudonyme, à renier ce péché de jeunesse. Paradoxalement la pratique des lettres par les savants reste un marqueur social encore usité lors de polémiques entre pairs. Puis elle glisse dans le domaine de l'hommage et de la commémoration, dessinant une histoire des sciences et des découvertes. Les médecins constituent la majorité de ces poètes, le fait est ici relié à la conception de la médecine comme un art libéral, la nécessité d'adapter son discours à des savants et à sa patientèle, et aux exutoires étudiantins. Parmi les perles et l'inattendu, on trouvera : - une critique de l'homéopathie en 1854 ; - la satire de l'injection d'extraits de testicules animaux selon Brown-Séguard ; - la glorification de prothèses dentaires en ivoire d'hippopotame ; - une fausse publicité pour bandage herniaire ; - un régime anti choléra ; - des vers dits "techniques" : anatomie descriptive, memento mnémotechnique de pathologie sur le modèle d'un lexique de grec... ; - la parodie d'une guerre celtique par Laennec ; - la *Luciniade*, qui est un manifeste contre la césarienne faisant intervenir la déesse latine de l'accouchement. On citera encore René Ghil et sa tentative de versification tenant compte de l'acoustique et de la physiologie. La "logique d'épuisement des possibles" des thèmes aboutit à un comique parfois involontaire, une surenchère dans le futile et la faute de goût. Ainsi *Le Roi Sulfur, tragi-comédie dermatologique*, du psychiatre Auguste Motet, met-il en scène le combat entre d'une part les guerriers Savon noir, Hydragyre, Iodure de Potassium, et d'autre part le prince Herpès, sa reine Eczéma et Acné sa suivante. Une vision synchronique est difficile à ébaucher malgré l'existence de renvois et d'index. Le préambule proposé pour chaque texte s'avère donc indispensable pour remettre en contexte. Manquent une conclusion et une bibliographie. Les va-et-vient chronologiques sont parfois sources de confusion, sous-tendus par le conflit entre le choix d'un plan thématique et la reconstruction diachronique. Le XX^{ème} siècle sonne

le glas de la poésie didactique : “Le postulat fondateur de la poésie scientifique est inversé : la poésie ne conduit plus aux sciences par un chemin facilitant, elle les convoque pour accroître sa propre complexité”. L’irruption de l’anglais et de la représentation graphique aggrave la fracture, tout comme la méfiance à l’égard des savants. Rares sont les formes de coopération nouvelle : Kac et la génétique, Spire et le plaisir poétique analysé comme plaisir musculaire lors de la phonation...

La somme *Muses et ptérodactyles* est une histoire de la sectorisation et spécialisation des savoirs tout autant que des rapports entre science et art, scientifiques et écrivains, de la forme poétique, des derniers feux de l’épopée aux inventions graphiques et à l’émergence de la prose poétique dénuée de réel souci de transmission du savoir... annonçant Alfred Jarry et l’opacification du réel.

Anne Bourdieu

HOERNI Bernard - *Pierre Menetrier, Infections, cancers et histoire de la médecine*, préface de Pierre Thillaud, Paris, 2013, Glyphe (Société, histoire et médecine), 190 p., 17 euros.

Pierre Menetrier est un oublié de l’histoire. L’ouvrage que Bernard Hoerni lui dédie rend compte de sa vie (8 p.), de sa carrière (16 p.) et de plusieurs de ses contributions médico-scientifiques originales. Menetrier (le “nom s’écrit sans accent”), naît à Paris en 1859 et meurt à Lisieux en 1935. Seule trace qui nous reste de ce grand médecin méconnu : “son nom sera donné à une allée de la commune de Vimont dans l’arrondissement de Caen”. Le père est homme de lettres, les études du fils sont brillantes ; ses services militaires lui font obtenir la légion d’honneur. Chef de service à Tenon pendant la *Grande guerre*, Menetrier, très attaché à sa mère, reste célibataire. Elle meurt à 96 ans, deux ou trois ans ... avant son fils. Sans doute “... parce qu’il n’a pas de famille à entretenir”, Menetrier “n’est pas intéressé par une abondante clientèle”, c’est un “quasi plein temps avant la lettre ... , médecin, clinicien, anatomo-pathologiste, homme de laboratoire, chercheur et enseigneur”. Hoerni détaille les titres de Menetrier : Professeur d’histoire de la médecine à La Faculté de médecine de l’Hôtel-Dieu, membre de l’Académie de médecine, élu président de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Sa “carrière (est) ... ponctuée par plus de 250 publications”. On retiendra surtout trois livres majeurs : *Cancer*, Fascicule XIII du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique* (1908) ; *Cancer généralisé*, 2ème édition (1926) et *Cancer : formes et variétés de cancers et leur traitement*, (1927). En cancérologue averti, Bernard Hoerni détaille ces contributions : “(Menetrier) bénéficie de l’apport récent et en plein essor de la microscopie qu’il exploite sans réserve. Il va surtout apporter une contribution personnelle originale avec une vision dynamique des maladies et des lésions qui les accompagnent ... surtout pour les cancers”. Pour lui, “le cancer est un processus morbide qui comprend un très grand nombre de maladies particulières ... dont l’ensemble constitue le processus cancéreux”. Avec Delbet et Herrenschmidt, il fonde la nomenclature des cancers, à la Conférence internationale pour l’étude des cancers, à Paris, en octobre 1910. Mais sa grande découverte reste celle des états précancéreux : c’est l’idée fondamentale que des processus inflammatoires ou irritatifs chroniques, de causes diverses peuvent entraîner “des transitions graduées dont il est possible de suivre toutes les étapes”. Cette découverte majeure transparaît dans l’épreuve de titres de 1914. “Depuis 1884, écrit Menetrier, par une étude des tumeurs et cancers des différents organes, cherchant par une analyse minutieuse des lésions à en déterminer l’origine, nous avons été conduit à considérer les cancers comme

la conséquence, le dernier stade évolutif de lésions inflammatoires multiples, comme un aboutissement lésionnel intimement relié dans ses causes et sa production aux inflammations chroniques, aux hyperplasies, aux diverses sortes de tumeurs bénignes”.

Le 26 février 1886 (Menetrier a 26 ans), il présente à la Société anatomique le premier cas français d'épithélioma pavimenteux à globes épidermiques du poumon. En 1888, toujours à partir d'observations d'autopsies, il décrit ... les modifications hyperplasiques de la muqueuse gastrique dont les polyadénomes en nappes qui parfois dégénèrent en cancer. Ceci viendra appuyer sa théorie de l'origine irritative du cancer. Aujourd'hui, sous l'éponyme de *Maladie de Menetrier*, son nom reste attaché aux lésions de gastrite chronique à l'origine d'une déperdition de protéique massive. C'est méconnaître les multiples autres contributions de Menetrier dont celles des *états précancéreux*. Dans son livre, Hoerni nous en donne de nombreux exemples illustrés macro et microscopiquement. Sur ces schémas méticuleusement légendés, le spécialiste, cancérologue ou pathologiste, pourra repérer les anomalies susceptibles d'aboutir à un cancer à partir de toute une série d'états intermédiaires, ces fameux états précancéreux à propos desquels Menetrier fut si novateur.

Une autre contribution, tout aussi peu connue, de Menetrier concerne l'histoire de la médecine. On tirera profit de la lecture du long article qu'il écrivit sur "L'enseignement de l'histoire de la médecine à l'École de Santé et à la Faculté de médecine de Paris". Ce travail, publié dans le *Bulletin SFHM* 1930 : 362-386, est reproduit en fac simile. Au plan institutionnel, Menetrier s'implique plus que la plupart de ses collègues dans la *Société Française d'Histoire de la Médecine* créée en 1901 et qu'il préside en 1924-1925. En 1921, il fonde le *Musée d'Histoire de la Médecine*, annexé à la chaire. Il est l'un des quatre vice-présidents de la *Société internationale* qu'il contribue à créer. Menetrier publiera sur l'histoire des cancers, sur les vies de quelques médecins anciens et modernes ; il écrit encore une analyse historique sur "Louis XIV, ses médecins et ses historiens" ; chercheur inlassable, il découvrira dans des cartons, par hasard, un trésor historique : les notes manuscrites personnelles de Gabriel Andral Cet apport médico-historique de Menetrier n'a pourtant pas l'originalité des découvertes faites à propos des cancers et surtout des *états précancéreux*. Dans le dernier chapitre de son livre intitulé *Héritage*, Hoerni écrit : "Dans une chaire qui a connu des éclipses et bien des titulaires passagers en plus d'un siècle, (Menetrier) a enseigné l'histoire de la médecine ... de 1919 à 1931". Et Hoerni de s'étonner "que Menetrier ne nous ait pas laissé la somme qu'on pouvait attendre de lui". Cette faiblesse médico-historique relative de Menetrier, c'est, aussi, la faiblesse de l'enseignement, par les médecins, de toute une discipline en France, celle de l'histoire de la médecine. En écho à ce qu'écrit Pierre Thillaud, alors président de la Société Française d'Histoire de la Médecine, qui a préfacé le livre : "Plus que jamais le médecin à besoin de connaître l'histoire de son art", entendons les propos de Menetrier nous murmurer, plus loin, p. 137 : "Il ne semble pas ... qu'on eût songé, à cette époque, à donner une consécration effective à l'enseignement de l'histoire de la médecine". Cette absence constitue encore aujourd'hui l'une des marques de notre temps.

Du livre de Bernard Hoerni, on appréciera la recherche méthodique du cancérologue d'aujourd'hui qui a voulu explorer méticuleusement ce que fut Menetrier, ce pathologiste et cet historien de la médecine d'hier. Formulons pourtant un regret, parfois ressenti à la lecture du livre qui accumule des matériaux divers voire disparates : si l'auteur nous permet de bien appréhender les contributions de Menetrier, on a parfois plus de mal à les resituer, plus globalement, dans l'évolution générale de la pensée médico-scientifique de

l'époque. Qu'importe ! En historien appliqué à travailler l'histoire de sa discipline, Bernard Hoerni nous fait découvrir un grand médecin méconnu. En ceci réside tout l'intérêt de son livre.

Alain Lellouch

Guy DUCOURTHIAL - *Petite flore mythologique*, Paris, Belin, 2014, 245 pages, 23 euros.

Ce livre n'a pas pour propos la flore médicinale, mais la médecine y trouve sa place, et le médecin-historien y trouvera son miel. En effet dans la mythologie "les plantes médicinale occupent une place à part dans la mesure où elles constituent, pour l'essentiel, la pharmacopée de l'Antiquité, et où la tentation fut grande d'en attribuer la paternité à un dieu ou une déesse" (p. 9). Chaque entrée selon le nom français comprend le nom grec translittéré, le nom latin, le nom savant, le nom de l'espèce, suivis de la notice ; ces noms de plantes se croisent évidemment avec des noms de personnages mythologiques. Tous les articles renvoient impeccablement aux sources antiques avec des passages traduits. Ce dictionnaire alphabétique est illustré de planches en couleurs parues dans deux ouvrages de chez Belin, *Atlas des plantes de France*, de l'abbé Amédée Masclef (1858-19 ??), réédité en 1987, et *La grande flore en couleurs de Gaston Bonnier* (1853-1923), rééditée en 1990. Des index facilitent la recherche quand on sait que dans l'Antiquité telle plante a de multiples noms, ou que tel nom signale différentes plantes.

Voyons la bénéfique bétoine, objet du petit traité *De herba vettonica* : "Herbe bétoine, toi qui as été découverte par Esculape ou par le centaure Chiron, sois favorable à mes prières. Je t'implore, herbe puissante, par celui qui a donné l'ordre que tu sois créée et que tu serves à un grand nombre de remèdes".

Voyons aussi l'inquiétante jusquiame, aux surnoms multiples : *alterculum*, herbe aux querelles ; *apollinaris*, herbe d'Apollon ; *bellinuncium*, herbe du dieu celte Bellinos/Bellenus ; *calycunaria*, à calice tubulaire ; *capsilago*, qu'on rapproche de "caissal", la molaire en occitan, herbe qui soigne les maux de dents, ou encore *dentalis* ou *dentaria* ; *diosciamos*, herbe de Zeus ; *hypnoticum*, soporifique ; *insana* ou *maniopoeos*, qui rend fou ; *pythonion*, d'Apollon pythien, parce qu'elle trouble la vue ; *tifonion*, de Typhon, le monstre ; *symphoniaca*, la chanteuse, qui calme la toux.

Enfin si vous voulez choisir le sexe de votre enfant à venir, n'oubliez pas de recourir à la mercuriale : "mâle (elle) fait engendrer des garçons, femelle des filles. Ce résultat s'obtient si, aussitôt après le conception, on en boit le suc dans du vin de paille ou si l'on mange les feuilles bouillies avec de l'huile et du sel, ou crues avec du vinaigre".

Bref un livre aussi érudit que charmant.

Danielle Gourevitch

Valentina GAZZANIGA, *La medicina antica*, Carroci editore, Roma, 2014, 176 pages, 13 euros.

Valentina Gazzaniga est professeur d'histoire de la médecine à l'Istituto di storia della medicina à l'université La Sapienza de Rome. Elle a déjà une belle bibliographie à son actif, tant relativement à la Renaissance qu'à l'Antiquité ou au monde actuel, avec notamment, *Corpo e salute nel mondo antico*, *Dal giuramento ippocratico alla bioetica*, *De Urinis di Teofilo Protospatario*, *A un piede fu ferito : Medicina e chirurgia risorgimentale*. Elle complète celle-ci par un petit ouvrage à la fois très pédagogique et au courant des découvertes récentes, dont les principes sont bien résumés sur la 4ème de

couverture : l'histoire de la médecine antique, grecque et romaine, est à la fois une histoire des concepts de santé et de maladie, une histoire des pratiques thérapeutiques, une histoire de la religion, une histoire archéologique des lieux et des instruments médicaux et chirurgicaux. Une histoire du corps, de sa beauté, de ses imperfections, des épidémies, des famines. Une histoire de la souffrance, des fléaux incurables, une histoire des efforts, des succès et des échecs d'un art qui ne se sépare jamais d'une certaine vision de l'homme dans le monde, dans l'histoire et dans le mythe. Après une introduction riche et nuancée, le livre se déroule en six chapitres : Pour une histoire de la médecine antique, La médecine en Grèce, Entre la Grèce et Rome, La médecine des femmes, Miasmes, impureté et maladies pestilentielles, Être médecin. L'auteur termine son texte (avant une belle bibliographie plurilingue - p. 159-172 - et un index des noms et des œuvres) en citant l'extraordinaire graffito griffé par la main d'un malade peu lettré sur le mur du *cubiculum* de consultation de la fameuse demeure du médecin de Rimini : *Eutychius homo bono hic habitat. Hic sunt miseri*.

On ne peut que rendre hommage au travail raffiné et délicat de l'auteur, adjectifs qui vont rarement de pair avec celui d'érudit ! Et à l'effort de la maison Carocci qui vend cet ouvrage bien édité (malheureusement non illustré) à un prix modique. On en souhaite une traduction.

Danielle Gourevitch

Sabine ARNAUD, *L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820)*, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2014.

Quelle était la perception de l'hystérie avant Charcot et Freud ? Le projet, ambitieux, de Sabine Arnaud, est de "partir de l'histoire de l'hystérie pour comprendre le fonctionnement du savoir entre 1670 et 1820". Son travail ne se veut "pas l'histoire d'une idée mais des écarts et détours qui ont permis sa construction" au temps des Lumières. Le thème est effectivement pertinent : si le lien entre conceptualisation et identification du trouble via l'exclusion paraît une voie d'abord judicieuse, il est toutefois loin de constituer le cœur de son propos.

Le premier chapitre est consacré aux liens entre la pathologie hystérique, ses dénominations et ses trois prismes de lecture préférentiels : la différence sexuelle, les classes sociales, la religion. La différence sexuelle est conçue en termes de sensibilité, de fragilité. L'hystérie atteint l'homme féminisé, elle est marque de prestige chez les aristocrates des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, avant d'être supplantée par l'hypochondrie. Le lien aux oisifs, aux classes sociales transparaît dans la représentation de la Révolution vue soit comme anéantissement de l'hystérie par assainissement des esprits, soit comme forme épidémique de l'affection. Dans le domaine du religieux, la question du champ de compétence du traitement de la convulsion et de l'évanouissement alimente l'enjeu de l'affirmation du rôle du médecin par rapport à l'exorciste. Le chapitre II aborde l'hystérie "comme un paradoxe qui résiste à toute tentative de définition". On y évoque "sa caractérisation comme un exercice de style et son identification comme un coup de maître". Par la destruction de l'équivalence entre signifiant et signifié, l'absence de symptôme clé, l'hystérie pousse à l'emploi de métaphores, d'images d'animaux de campagne, d'animaux mythologiques, de dieux grecs. Protée devient ainsi son deuxième nom dans les ouvrages médicaux. Puisqu'on ne sait comment la catégoriser, la maladie est identifiée à une simulation, une tromperie. Son extravagance est interprétée comme une tactique dont le patient est complice ou victime. Au fil des époques, la femme est

ainsi la proie de son utérus (XVI^{ème}) puis de son cerveau et de ses nerfs (fin du XVII^{ème}). Diderot, en plaçant l'utérus à l'origine de sa sensibilité et de sa force, l'assimile à cet organe sans intention dépréciative. Pour Chambon de Montaux, elle cède à des idées qui l'empêchent de reprendre contrôle de son corps. Soumise à son utérus, la femme du XIX^{ème} siècle est perpétuellement inassouvie : l'hystérie devient synonyme d'incomplétude radicale, tragique.

Le chapitre III traite de l'emprunt aux genres rhétoriques à des fins de diffusion de l'information. Dans sa volonté de s'adresser aux lettrés plus qu'à ses confrères, le médecin adopte un langage littéraire et un ton courtois. Sa palette d'expression comprend dialogue, autobiographie, correspondance fictionnelle, anecdote, consultation par correspondance (l'entretien peut alors initier l'acte thérapeutique et engager la fin de la maladie par la désacralisation du diagnostic faisant ressortir la part du physiologique).

La littérature a vu dans les vapeurs un accès privilégié au fonctionnement de l'imagination, en lieu et place d'une pathologie (chapitre IV). Bien qu'elles soient également l'objet de satire, les vapeurs sont présentées comme un art, le comble du luxe, un code dont la maîtrise montre l'appartenance à la cour, jusqu'à requérir un enseignement par des maîtres en vapeurs. Néanmoins elles fondent un nouveau type de rapports entre âme et corps, où ce dernier exerce une influence sur les afflictions de l'âme, le génie et la bêtise.

Le chapitre V établit un lien avec l'avènement de la psychanalyse via le concept de temporalité. Pendant la deuxième moitié du XVIII^{ème} siècle, les écrivains décrivent l'accès hystérique pour donner de la profondeur aux personnages et marquer les tournants du récit. C'est le format narratif qui lui donne de la cohérence par l'entremise des éléments biographiques. Sur le plan médical également, le rapport au corps devient un déchiffrement. Vers 1770-1780, la pathologie est interprétée comme reproduction d'événements marquants pour le patient, vécus ou imaginés. Le médecin ne pose pas la question de la faute mais veut endosser un rôle de guide moral. La patiente, en revanche, se caractérise par sa passivité. Le médecin se présente comme son allié, sa prétention à avoir autorité crée les conditions de la dépendance du malade envers lui-même. À la fin du XVIII^{ème} siècle, l'hystérie est la résultante d'une histoire : par le devenir narratif elle fait entrevoir la psychanalyse plus sûrement que les thérapeutiques de Mesmer et de Puységur.

Le chapitre VI se centre sur les jeux de rôle. Le médecin s'affermi face aux chirurgiens et aux "empiriques". D'aucuns recourent abondamment, voire systématiquement, à la polémique. Ainsi Pomme, déformant sa correspondance avec Voltaire, se réapproprie l'imaginaire théologique, revendique des miracles et se présente en martyr. C'est ainsi le médecin qui met en scène un spectacle, comme dans le cas du magnétisme et du somnambulisme. Un autre renversement du statut du médecin apparaît en 1792, quand l'aristocrate se met à dépendre de lui pour fuir la Révolution dans l'abri des maisons de santé. Le discours médical de cette époque ne se réfère plus à une conception universelle de la nature humaine mais au corps de la nation. La conséquence en est une vision de l'hystérie menaçant la population dans son ensemble. Cette transformation du discours, du statut d'un médecin courtisan à celui d'un médecin citoyen se concrétise en un gain de crédibilité et d'autorité morale aux environs de 1770-1820. La vision du XVIII^{ème} siècle d'une hystérie incarnation de la corruption des mœurs fait le lit de la figure du médecin protecteur de l'ordre public, moral et naturel, et co-acteur avec l'État de la santé de la nation. En perdant son patient d'élection, l'aristocrate, le médecin se focalise sur l'hygiénisme et les femmes dont la grossesse est mise en péril par l'hystérie. Entre début

du XVII^{ème} siècle et début du XIX^{ème}, on assiste à l'association de l'hystérie et de l'animalité, de la sensibilité excessive, des excès et enfin de l'utérus. L'organe est alors source de trouble en lui-même et non par le risque infectieux inhérent à la fermentation des liquides qu'il contiendrait, comme au XVII^{ème} siècle. Le XIX^{ème} débutant stigmatise davantage la femme : le corps malade désigne les excès, l'éloignement de la nature. La femme se voyant reconnue le rôle principal dans la génération, un discours apparaît, destiné à contrôler son mode de vie. Concomitamment l'hystérie est considérée comme une "névrose génitale" sous l'égide de Pinel en 1802. Le médecin se fait homme politique au nom du caractère social du savoir médical, et directeur de conscience au nom des relations entre âme et corps. Le développement d'autres disciplines finira par charger le terme d'autres significations. "Après 1800 la dénomination organise le savoir, la langue assigne et délimite les rôles et la pathologie".

On notera à titre de miscellanées que Shakespeare est l'un des premiers à employer le mot d'hystérie en littérature, que le terme de vapeurs a prévalu de 1689 à 1789, que Paré fait précocement un lien avec la frustration sexuelle, qu'une mauvaise transcription du *Timée* de Platon a exempté l'homme de la pathologie pendant des siècles. On rapportera que Buffon voit dans les vapeurs un trait distinctif de l'homme au même titre que la raison, la sensibilité et l'imagination, et que l'esthétique de la convulsion de Chassignon en fait un précurseur de Nietzsche et Artaud.

L'ouvrage ne relève pas de l'histoire de la médecine *stricto sensu*, mais de multiples domaines et prismes d'analyse sont abordés : littérature, théories du langage, religion, philosophie, sociologie, politique... Il est tout autant, si ce n'est plus, une revue du positionnement du médecin, de son rôle et de son statut, de l'accroissement du crédit de son art. Or la succession des conceptualisations de l'hystérie souffre d'un manque de synthèse et d'articulations chronologiques et/ou entre mouvements de pensée plus marquées. Par exemple la distinction hystérie-hypocondrie n'est pas détaillée bien qu'évoquée à plusieurs reprises dans des contextes de pensée différents. L'auteur présente une méthodologie originale basée sur l'analyse des pratiques d'écriture employées pour présenter une pathologie. À ce titre, certains passages relèvent clairement de l'analyse linguistique. L'abondance de paraphrases et de reformulations peut parfois entraver la progression et *in fine* la compréhension. Sur la forme, on déplorera l'absence d'intégration des illustrations au texte, quelques coquilles et tournures relâchées. Enfin, le problème médical majeur, la valeur diagnostique des signes et les faux positifs, n'est pas évoqué. Une réponse est suggérée dans une autre problématique : "Les nosologies s'accordent sur l'impossibilité de recenser l'ensemble des symptômes".

Anne Bourdieu

Isabelle BOEHM et Nathalie ROUSSEAU (dir.) *L'expressivité du lexique médical en Grèce et à Rome. Hommage à Françoise Skoda*, Presses de l'Université Paris-Sorbonne, collection Hellenica, Paris, 2014, 512 pages.

Le livre de Françoise Skoda *Médecine ancienne et métaphore. Le vocabulaire de l'anatomie et de la pathologie en grec ancien* (1988) a réussi l'exploit de franchir la barrière trop souvent élevée entre les différents champs du savoir et de s'imposer autant aux médecins-historiens qu'aux philologues : il n'est que de rappeler les récents articles de Philippe Albou dans notre revue sur la présence des animaux dans les noms des maladies. Les amis philologues et linguistes de Françoise Skoda, spécialistes des textes anciens (grecs, latins, arabes, parmi lesquels Galien se taille la part du lion avec neuf articles) ont voulu rendre hommage à l'ensemble de son œuvre consacrée au lexique scien-

tifique (médecine, et plus précisément anatomie, pathologie, chirurgie, thérapeutique, pharmacologie mais aussi botanique et zoologie). C'est donc la méthode philologique qui a dicté le plan général du regroupement de ces 31 contributions : I. principes de formation du lexique. II. Métaphore. III. Spécialisations sémantiques. IV. Variations lexicales. V. Transferts d'emplois. VI. D'une langue à l'autre. On s'instruit sur les noms des parties du corps, avec la paume de la main ; sur les âges de la vie ; sur certains états corporels : physiologiques comme la grossesse, pathologiques ou déficitaires comme la fatigue, la faim, l'insomnie, la boiterie ou l'ivresse et l'empoisonnement, mais aussi des maladies proprement dites, comme la folie et sa sœur la colère, et des traumatismes, avec les lèvres des plaies et la méthode de traitement par cautérisation. On rencontre des noms d'instruments, comme le "deltarion", et on comprend mieux les pseudo-diminutifs qui souvent les désignent. On est éclairé aussi sur les "facultés" des médicaments ; sur les simples, comme le poivre ou le pavot, mais aussi sur les noms des plantes en général et les principes de la phytonymie. Enfin les préparations pharmaceutiques ne sont pas oubliées, avec les éclegmes et certains types de collyres. Le livre est de belle présentation, avec toutefois une typographie un peu compliquée à mon goût ; la bibliographie et les index sont extrêmement utiles ; la première de couverture, en couleurs, montre Alkibios découvrant les vertus de la buglose sur un manuscrit des *Theriaka* de Nicandre, datant du X^{ème} siècle et conservé à la Bibliothèque nationale (*Suppl. gr.* 247). Une mine d'or pour 37 euros !

Danielle Gourevitch

Michel BLONSKI, *Se nettoyer à Rome. Ile s. avant J.-C.- Ile siècle après J.-C. Pratiques et enjeux*, Le Belles Lettres, Paris, 2014.

Se nettoyer ? Mais de quoi se nettoie-t-on ? Dans quel but ? Où le fait-on, comment, avec quoi ? L'huile, les détergents, le strigile, l'eau et quoi d'autre ? Et d'ailleurs qu'est-ce que le sale ? Quelle juste présentation doit-on avoir de soi quand on est citoyen romain ? Quel est le vocabulaire de la saleté ? Et y a-t-il une ou des saletés ? Etre propre fait-il partie des devoirs du bon citoyen ? Peut-on définir l'hygiène antique ? Comment le *balneum* devient-il le lieu privilégié de l'entretien hygiénique et esthétique du citoyen-modèle ? Il y a là toute une série de question au carrefour de la linguistique, de la lexicologie, de l'anthropologie, de la sociologie, de la religion. L'auteur les pose dans l'ordre qui suit : Dire le sale. Pourquoi être propre ? Le *balneum* et sa justification. Comment se lave-t-on ? Vocabulaire et techniques. On voit donc que ce n'est pas là un livre d'histoire de la médecine, mais que la médecine est partout sous-jacente, et parfaitement présente dans le chapitre 5 : le problème de la justification médicale. Médecine hippocratique et bain. Celse : le bain comme hygiène de vie. Galien et l'utilisation médicale des facilités balnéaires à la romaine.

La présentation de cet ouvrage de la collection des "études anciennes" aux Belles Lettres reste fidèle à elle-même, ce que j'approuve en principe, mais l'excès d'austérité peut nuire, surtout quand le prix (45 euros) devient élevé ! Même le cahier de dix « visuels » en noir est blanc est sans charme. Un excellent livre de travail, mais janséniste : ne pas y mêler de plaisir !

Danielle Gourevitch

Colloques et congrès

Popular medicine in the Graeco-Roman world.

À l'Université Columbia de New York s'est tenu un colloque consacré à la "Popular medicine in the Graeco-Roman world", les vendredi et samedi 17 et 18 avril 2014. Après une introduction par le professeur William HARRIS, organisateur de la rencontre, quatre sessions se sont déroulées.

Religious and psychological aspects :

Patricia BAKER - "Conceptions of a Salubrious Environment : Construction and Design of Greco-Roman Healing Sanctuaries" ; **Olympia PANAGIOTIDOU** - "Asklepian Therapy as an alternative healing choice : A case of placebo effect" ; **Chiara THUMIGER** - "Prometheus' gift : healing and hope in popular and technical reflections on medicine" ; **Rebecca FLEMMING** - "Anatomical votives in Republican/Hellenistic Italy : How popular and how medical ?".

Recipes and remedies :

Isabella ANDORLINI - "Crossing the Borders between Egyptian and Greek medical practice : papyri and related archaeological tools" ; **Julie LASKARIS** - "Metals in Medicine : from Telephus to the Greek Magical Papyri" ; **Laurence TOTELIN** - "Pharmakopolai : a reevaluation of the sources" ; **Arsenio FERRACES RODRIGUEZ** - "Medical recipes from Antiquity to the early Middle Ages : who made them, how, and for whom they were made".

Some Major Texts :

Heinrich VON STADEN - "The relationship between 'popular' and 'scientific' medicine in Celsus' Medicina" ; **Danielle GOUREVITCH** - "Popular Medicines and Practices in Galen" ; **Vivian NUTTON** - "Popular medicine in the Galenic Corpus" ? ; **Ann ELLIS HANSON** - "The barnyard and the bedroom, the *Geoponika* and Hippocrates' women".

Doctors and others :

Liz IRWIN - "Imperial ambitions and the popularization of medical theory at Athens" ; **Catherine HEZSER** - "Honor Your Physician Even Before You Have Need of Him" (y. Taan. 3:6, 66d) : Representations of the Physician in Jewish Literature from Hellenistic and Roman Times" ; **David LEITH** - "How Popular Were the Medical Sects ?" ; **Ido ISRAELOWITZ** - "Medicine in the Roman Army".

Des actes seront publiés.

Livres de collectionneurs et médecins peu connus dans l'Europe du XV^{ème} au XVII^{ème} siècle.

Vendredi 6 juin 2014, salle de lecture de la bibliothèque du couvent des Carmes, à Piasek, Cracovie

Magdalena Koźluk (Université de Lodz), prix Sournia de la SFHM, Szymon Sułeczki (bibliothécaire du Couvent des Carmes de Cracovie) et Witold Konstatny Pietrzak



La salle de lecture du couvent.

(Université de Lodz) ont organisé une journée d'étude dédiée à Jean-Paul Pittion, spécialiste de la littérature scientifique à la Renaissance. Ils ont souhaité rassembler ses collègues, collaborateurs, disciples et amis autour d'une thématique qui reflète sa curiosité intellectuelle et ses intérêts scientifiques. La rencontre s'est tenue dans la superbe salle de lecture du couvent des Carmes à Piasek, à Cracovie, dans un cadre exceptionnel dont le choix se veut symbolique de l'objet de ses recherches, l'héritage européen de l'Antiquité et ses multiples modes de transmission.

Pour de multiples raisons, certaines petites bibliothèques appartenant aux couvents de divers ordres religieux en Pologne sont encore mal connues. C'est pourquoi l'accès à la bibliothèque du couvent des Carmes offre une chance exceptionnelle non seulement à l'historien du livre mais aussi à l'historien de la médecine et de la littérature. Située dans

le quartier Piasek, au sein même de la clôture, cette bibliothèque recèle environ douze mille imprimés anciens. Leur nombre ne nous étonnera pas dans la mesure où, dès 1397, date de la fondation du couvent, de précieux documents y ont été déposés parmi lesquels on compte d'importantes collections, qui se sont constituées à partir des dons de membres de la haute noblesse à travers des siècles.

La journée d'études a souhaité mettre en certaines des possibilités qu'offre ce lieu admirable, et susciter la curiosité des participants et de leurs élèves. En profitant de l'occasion que donne l'accès exceptionnel au fonds de cette bibliothèque, nous avons réfléchi d'une part au livre ancien comme objet matériel, à la rareté de certains exemplaires de la bibliothèque, à leurs multiples provenances, à leur histoire et leur évolution. La majeure partie de ces collections restant encore inexplorée, le *curriculum* de chaque livre offre l'opportunité d'une recherche particulière, d'où la première session : "Quelques livres médicaux de la collection des Carmes à Cracovie". D'un autre côté nous avons voulu situer le fonds de cette bibliothèque dans un cadre plus large et découvrir d'autres collections spécialisées en Europe dans la même période, d'où la deuxième session : "De la collection aux corpus de livres médicaux". Enfin la troisième session a présenté quelques figures des médecins-collectionneurs peu connus en Europe. Pour réaliser ce projet Magdalena Kozluk, qui nous avait déjà révélé l'existence de la bibliothèque réunie par le médecin helvète-polonais Anton Schneeberger, conservée dans ce couvent, lors de notre sortie à Tours, a largement fait appel à notre société. Voici par ordre alphabétique les résumés des communications :

Jacques CHEVALLIER (Lyon) : "Le livre : objet du patrimoine dermatologique"

La dermatologie est une spécialité ancienne, essentiellement visuelle et le patrimoine historique dermatologique est iconographique, quel qu'en soit le support. Henri Feulard, dermatologue parisien, a largement participé à la création en 1886 de la "Bibliothèque médicale de l'hôpital St Louis" avec pour complément pédagogique la salle des moulages. De nombreux legs vont compléter le fond de 2000 volumes en 1888. Aujourd'hui, la bibliothèque Henri Feulard reste un centre de documentation dermatologique probablement unique au monde. Allen Pusey en 1933 a publié la première histoire mondiale de la spécialité *The History of Dermatology* ; Franz Ehring en 1989 le livre des livres illustrés de dermatologie. Nous rappellerons quelques éléments de l'histoire du livre, en particulier scientifique, les incunables et le premier incunable illustré de 1496 sur le "mal français" de Grünpeck. Puis nous tenterons une histoire abrégée de la dermatologie à travers le livre à partir du premier traité de dermatologie de 1572 de Mercuriale, jusqu'aux grands atlas en couleur du XIX^{ème} siècle, d'une beauté morbide étonnante.

Danielle GOUREVITCH (Paris) : "Une première description du Dioscoride - annoté par Anton Schneeberger"

Lors d'une journée de la Société française d'histoire de la médecine organisée à Tours par le professeur Jacqueline Vons (Centre d'études de la Renaissance), Magdalena Kozluk avait présenté "Une petite perle de Cracovie: la bibliothèque médicale d'Anton Schneeberger (1530-1581)", article publié avec Szymon Sutecki dans *Histoire des sciences médicales* 2012, 46 (4), 441-452. Danielle Gourevitch (École pratique des hautes études) présente brièvement aujourd'hui un Dioscoride de cette collection, une fameuse édition bilingue de ce botaniste de langue grecque. C'est un assez joli petit volume, très rarement piqué ou corné, dont presque toutes les pages imprimées portent des annotations de notre Cracovien en latin et en polonais, et des feuillets pris dans la reliure de parchemin portent des rubriques manuscrites pour la préparation d'un lexique

de noms de plantes. Elle espère que ce travail succinct suscitera une véritable étude approfondie, susceptible d'éclairer l'histoire de la botanique en Pologne et dans le cadre des échanges culturels caractéristiques de l'époque de la Renaissance.

Magdalena KOZŁUK (Łódź) : “Les annotations mnémoniques dans l'exemplaire de l'*Articella* de Venise (1507)”

Les exemplaires anciens attirent les collectionneurs et les chercheurs d'aujourd'hui non seulement en raison de leur valeur matérielle (lieu et maison d'édition, usage de telle ou telle police, nombre d'exemplaires conservés *etc.*), mais aussi parce qu'ils portent les traces de leurs destins, plus ou moins perturbés. Le *curriculum* du livre se traduit alors par son état général soit à l'extérieur (bon ou mauvais état de la couverture), soit à l'intérieur (annotations, dessins, schèmes). Ce sont surtout ces dernières interventions graphiques sur les pages qui traduisent avant tout le caractère intime de la relation que le possesseur entretenait avec son livre-objet. Pour mieux comprendre ce rapport subtil nous avons essayé d'analyser quelques annotations qui se trouvent sur les pages de l'exemplaire de l'*Articella* (Venise, 1507) conservé dans le couvent. Elles témoignent d'un côté de l'existence de la lecture savante dans la première moitié du XVI^{ème} siècle et de l'autre côté elles font preuve de l'appropriation strictement personnelle de la pensée médicale que le livre transmettait. Bref, nous avons essayé de voir comment le possesseur cultivé de l'époque lisait et surtout assimilé la théorie médicale, surtout celle de Galien, par quelles voies intellectuelles il appréhendait la médecine galénique et sur quels passages du corpus médical il s'arrêtait afin de les bien mémoriser.

Jacqueline VONS (Tours) : “L'énigme du doctorat parisien d'Anton Schneeberger (1530-1581)”

Les grandes lignes de la biographie d'Anton Schneeberger ont été retracées par Magdalena Kozluk lors des Journées d'histoire de la médecine à la Faculté de médecine de Tours les 18 et 19 mai 2012. Ce médecin suisse, né en 1530 à Zurich, dont on a retenu la vie calme et paisible, tout entière dédiée à ses livres, voyagea cependant beaucoup à travers l'Europe, notamment en France, avant de s'établir à Cracovie. La communication a reconstitué quelques étapes importantes de ces voyages et a montré que le parcours d'A. Schneeberger, entre 1553 et 1559 en particulier, est représentatif de cette *peregrinatio medica* caractéristique du XVI^{ème} siècle, au cours de laquelle des étudiants fréquentent successivement des universités et des maîtres réputés, en vue de l'obtention de titres médicaux ou tout simplement pour accroître leur savoir.

Les autres conférenciers ont également fait des présentations intéressantes pour notre Société :

Hélène DELÉPINE-NIOBET (Paris) : “À la recherche des origines de la bibliothèque inter-universitaire de santé : le legs du Dr François Picoté de Belestre (1661-1732)”

La Bibliothèque interuniversitaire de santé est l'héritière de deux grandes institutions parisiennes : la bibliothèque de la faculté de médecine et celle de la faculté de pharmacie. Bien que les origines de la faculté de médecine de Paris remontent au Moyen-âge, celles de sa bibliothèque sont bien plus tardives. En effet, il ne reste plus rien de la trentaine d'ouvrages que possédait la faculté avant le legs du docteur François Picoté de Belestre. À sa mort en 1733, il a légué sa bibliothèque encyclopédique riche de 3456 ouvrages à l'Université. Ces ouvrages constituent non seulement le noyau originel de nos collections médicales mais sont aussi à l'origine de l'ouverture au public de la toute nouvelle bibliothèque de médecine en 1746. L'histoire des fonds de la BIUsanté, et en particulier des fonds de médecine, est malheureusement très mal documentée.

COLLOQUES ET CONGRÈS

Silvia FABRIZIO-COSTA (Caen) : “Quelques livres rares italiens de médecine dans des fonds normands: présentation d’une valorisation en cours”

Les livres imprimés en Italie de 1501 à 1600 ont circulé dans toute l’Europe. La base RDLI Routes du livre italien ancien en Normandie <http://www.unicaen.fr/recherche/mrsh/rdli/> établit progressivement la présence véritable d’œuvres imprimées en Italie au XVIème siècle, recense et décrit les exemplaires conservés dans les fonds publics de Normandie, afin de permettre leur valorisation. Elle donne accès à des notices bibliographiques fournissant des indications sur la nature des éditions et sur l’aspect matériel des exemplaires. Au-delà de cet intérêt bibliographique, elle livre des données susceptibles d’approfondir la connaissance de certaines œuvres comme celles liées à la médecine.

Frank La Brasca (Tours) : “Un médecin florentin aux prises avec Lucrèce : le commentaire au *De natura rerum* de Giovanni Nardi (1647)”

Le commentaire que nous nous proposons d’examiner brièvement ici (Titi LVCRETII CARI, *De rerum natura libri sex, Vnà cum Paraphrastica Explanatione et Animadversionibus D. Joannis NARDII Florentini*, Florentiae, Typis Amatoris Massae, 1647 Superiorvm Permissv.) se présente sous la forme d’un imposant volume in-4° de 5 feuillets+ 680 p. comprenant dix magnifiques planches gravées, un index et une liste d’errata. Il consiste en une édition complète des six livres du texte de Lucrèce accompagné d’un abondant commentaire organisé en cinquante “*Animadversiones*” dont la matière est souvent plus scientifique (médicale, chimique et même archéologique) que littéraire et philologique. Cet ouvrage, dont il a été fait très peu cas dans l’histoire de la critique lucrétienne, n’est pourtant pas d’une rareté extrême puisqu’on peut relever, à



Le groupe dans la salle de lecture : Hélène Delépine-Niobet, Jacques Chevallier, Madame Chevallier, Magdalena Koźluk, Danielle Gourevitch, Jacqueline Vons, Slivia Fabrizio-Costa, Véronique Boudon-Millot, Frank La Brasca, Witold Pietrzak et Szymon Sutecki

simple titre d'indication sommaire, que la Bibliothèque Nationale de France en conserve deux exemplaires (**Yc. 647** et **Rés. M. Yc 400**) et la British Library un (**654 b.8.**).

Pourtant, on n'en trouve presque aucune mention dans les plus récentes études ou éditions de Lucrèce, où il pourrait tout de même figurer ne serait-ce qu'à titre de curiosité. Pour le trouver évoqué, il faut en effet remonter au célèbre commentaire philologique de Karl Lachmann (1850) qui ne le cite qu'en passant. Il nous semble pourtant que ce témoignage de la fortune de Lucrèce dans l'Europe du dix-septième siècle, mérite à divers titres davantage d'attention de la part des chercheurs, dans la mesure où il se situe dans le sillage d'une illustre réception plus ou moins implicite de Lucrèce chez des auteurs majeurs de la littérature et de la philosophie humanistes de la Renaissance à l'âge baroque (Marsile Ficin, Marulle, Giovanni Pontano, Machiavel, Montaigne, Le Tasse, Giordano Bruno, pour ne citer que les plus grands noms).

Par ailleurs, Giovanni Nardi (1580 env.-1655 env.), surnommé "L'Esculapio fiorentino" n'est pas tout à fait un inconnu dans le monde de la science et de la médecine de l'âge baroque et est l'auteur de plusieurs ouvrages ressortissant à la chimie, à la géothermie et à la médecine (cf. bibliographie ci-dessous). Comme il le rapporte lui-même dans l'*Animadversio XLVII (De Peste Florentina inuadente A.S. 1630)* de son commentaire, il joua également un rôle institutionnel et sanitaire important, du fait de ses compétences professionnelles et techniques, lors de l'épidémie de peste florentine de 1630, célèbre dans la littérature italienne puisqu'elle est évoquée aussi dans le chef d'œuvre d'Alessandro Manzoni *Les Fiancés*. Dans le commentaire de la célèbre évocation de la peste d'Athènes du livre VI du *De rerum natura*, G. Nardi nous livre d'importantes remarques et réflexions qui reflètent l'évolution des idées sur la nature et le traitement des maladies infectieuses.

Witold Konstanty PIETRZAK (Łódź) : "Le recyclage poétique de Galien au crépuscule de la Renaissance"

Thomas Sonnet de Courval (1577-1627) est un médecin poète aujourd'hui tombé dans un oubli presque total. Selon toute apparence, il n'a jamais exercé son métier, en se consacrant exclusivement à la littérature. En 1608 il a publié la *Satyre Menippée contre les femmes*, une des nombreuses qu'il a écrites plusieurs fois rééditées. L'œuvre, qui s'inscrit dans la tradition de la querelle des femmes, est intéressante parce qu'elle présente l'opinion de l'auteur sur le mariage. À l'opposé des jugements de valeur portés sur le sexe faible par ses prédécesseurs, Sonnet de Courval propose une explication scientifique des conflits entre les conjoints. Riche de sa formation de médecin, l'humaniste décrit en vers brillants certains types psychologiques définis par Galien en fonction de la dominante humorale et arrive à la conclusion que l'incompatibilité des tempéraments de l'homme et de la femme est la source des malheurs du mariage. Mais la *Satyre* est intéressante aussi en raison de son intertexte narratif. Elle comporte maintes références aux récits brefs, surtout de la Renaissance. Cette émulation se manifeste au niveau des genres adaptés (facétie, histoire tragique, histoire tragi-comique) aussi bien qu'à celui des motifs (par exemple l'adultère, le duel, la mort) ; dans chaque cas le poète sait choisir un style approprié à l'ambiance des événements représentés. Réécrits, tous ces éléments traditionnels deviennent chez lui l'objet d'une parodie habile, phénomène annoncé dès le titre significatif de l'ouvrage.

Szymon SULECKI (Cracovie) : "Medical books in the Carmelite convent"

La bibliothèque du couvent des Carmes *in arenis* remonte presque à sa fondation (1397), et dès le milieu du XV^e siècle il possédait un *Studium Generale* pour donner

COLLOQUES ET CONGRÈS

aux moines une éducation de niveau universitaire. Quand le frère *Joannes de Casimira* devint docteur en théologie, il sut établir de bons contacts avec l'Université, et certains professeurs firent alors des dons au couvent. Le plus ancien inventaire de cette bibliothèque de Cracovie (1595) fait état de 138 volumes, la plupart étant toujours sur les rayons; d'autres catalogues suivirent. L'essentiel de la série médicale date du XVIème siècle, provenant de la collection d'Anton Schneeberger, vendue au couvent par sa veuve, Anna Alantsee ; une autre partie importante vient des frères *Jacobus* et *Christophorus* Nayman, donnée à l'occasion de l'entrée dans les ordres d'un fils de la famille. Cette bibliothèque a été peu exploitée (on verra la contribution de l'auteur avec Magdalena Kozluk en 2012); les Carmélites aujourd'hui font tout pour préserver ce trésor, le mettre en valeur et le partager.

On ne peut que se réjouir d'une telle journée, riche de savoir et d'amitié, et c'est notre devoir que de poursuivre la conservation et la valorisation de cette bibliothèque, pour laquelle l'argent manque, on s'en doute !

Danielle Gourevitch et Jacqueline Vons

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. A 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.

Comité de lecture et de programmation :

- En aucun cas la Revue n'est engagée vis-à-vis des manuscrits reçus avant la décision définitive du Comité.
- Le Comité 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 le Comité de lecture et de programmation, 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 Pierre L. Thillaud
69, boulevard Henri Sellier, 92150 Suresnes

Secrétaire Général
Docteur Philippe ALBOU
13, cours Fleurus, 18200 St-Amand-Montrond

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

	Cotisation à la Société, seule	Abonnement à la Revue, seul	Cotisation et abonnement
	<i>2014</i>	<i>2014</i>	<i>2014</i>
Membre Union européenne	45 €	85 €	130 €
Membre autres pays	45 €	90 €	135 €
Membre étudiant	20 €	40 €	60 €
Membre donateur	90 €	90 €	180 €
Institution Union européenne		120 €	
Institution autres pays		130 €	
Retard (par année)	40 €	85 €	125 €
Prix de vente au n° : UE, 24 € - Autres pays, 28 €			

Paiement par chèque bancaire à l'ordre de la S.F.H.M. adressé au docteur Jean-François Hutin, trésorier, 2, rue de Neufchâtel, 51100 Reims.

Références bancaires nationales - RIB : Banque : 30002 ; Indicatif : 00485 ; N° compte : 0000005584L ; clé : 28

Références bancaires internationales - IBAN : FR43 3000 2004 8500 0000 5584 L28 ; BIC : CRLYFRPP

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

Délégué à la Publication : Danielle GOUREVITCH - Délégué adjoint : Jacqueline VONS

Réalisation **Mégatexte** sarl - 51100 REIMS - © 03.26.03.18.22 - Courriel : megatexte@free.fr

Dépôt légal 2^{ème} trimestre 2014 - Commission paritaire 1015 G 79968 - ISSN 0440-8888