

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

REVUE TRIMESTRIELLE FONDÉE EN 1967 PAR LE Dr ANDRÉ PECKER†

Éditée par la

Société française d'histoire de la médecine
sous la direction du président de la SFHM
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm>

Comité éditorial de la revue

Directeur : M. Jacques Monet
Rédacteur : Dr Pierre L. Thillaud

Rédacteurs adjoints :

Pr Patrick Berche, Dr Philippe Bonnichon, Dr Jean-José Boutaric, Dr Jacques Chevallier,
Dr Jean-François Hutin

Secrétariat de rédaction :

comite.de.lecture.sfhm@gmail.com ou ecole.kinesitherapie.paris@ekp.fr

Conseil scientifique international de la revue

Pr Jacques Battin (univ. Bordeaux, Acad. nat. de médecine)

Doyen Patrick Berche (univ. Paris)

Pr Évelyne Berriot-Salvadore (univ. Montpellier) / Dr Michel Caire, PhD (EPHE)

Dr Jacques Chevallier (Acad. des sciences, belles-lettres et arts, Lyon)

Pr Vincent Geenen (univ. Liège, Belgique)

Pr Simone Gilgenkrantz (univ. Nancy) / Pr Bernard Hoerni (Institut Bergonié, Bordeaux)

Pr Samuel Kottek (univ. Jérusalem)

Pr Jean-Marie Le Minor (univ. Strasbourg, Acad. nat. de chirurgie)

Pr Marie-Hélène Marganne (univ. Liège, Belgique)

M. Jacques Monet, PhD-CESSP (École de kinésithérapie de Paris)

Pr Jacques Rouéssé (Acad. nat. de médecine)

Dr Pierre L. Thillaud, PhD (EPHE)

Dr Teunis van Heiningen (Société néerlandaise d'histoire de la médecine,
Amsterdam, Hollande)

Objectifs de la revue

Histoire des sciences médicales, organe officiel de la *Société française d'histoire de la médecine* (fondée en 1902), est une revue d'audience internationale éditée depuis 1967. Elle diffuse les recherches médico-historiques des membres de la SFHM ainsi que les contributions d'orateurs invités aux séances. Elle publie également des analyses d'ouvrages envoyés au Comité éditorial et concernant les humanités médicales, l'histoire de la médecine et de la santé.

La langue des contributions est le français, avec titres et résumés en anglais.

La revue peut être consultée en Open Access sur :
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/revue.htm>

Depuis 2015, elle est accompagnée d'un supplément illustré en ligne : la *e.sfhm*
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/esfhm.htm>

Aims and scope

Histoire des sciences médicales, the official organ of the Société française d'histoire de la médecine (founded in 1902) is a journal with an international audience, edited since 1967 once a year. It provides medico-historical studies by members of the SFHM and contributions of invited speakers at meetings. It also publishes reviews of books sent to the Editorial Board, about medical humanities, history of medicine and health.

The language of the contributions is French, with titles and summaries in English.

Journal issues are accessible in Open Access here:
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/revue.htm>

Since 2015, the journal has an online illustrated supplement e.sfhm :
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/esfhm.htm>

Contact et soumission des articles

comite.de.lecture.sfhm@gmail.com ou ecole.kinesitherapie.paris@ekp.fr

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

Imprimé en France par

Gibert-Clarey Imprimeurs - 37170 Chambray-lès-Tours - 02 47 80 45 74

La revue est mise en ligne par la Bibliothèque interuniversitaire de Santé

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2022

p-ISSN 0440-8888 • e-ISSN 0440-8888

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE FONDÉE EN 1902

12, rue de l'École de Médecine, Paris, 75006
Site web : www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm

Contact : secretariat.sfhm@gmail.com

MEMBRES D'HONNEUR - CONSEIL DES SAGES

Professeur J. BATTIN, Docteur J.-J. FERRANDIS,
Madame M.-J. PALLARDY, Professeur J. POSTEL, Monsieur M. ROUX-DESSARPS,
Madame J. SAMION-CONTET, Docteur A. SÉGAL, Docteur P. L. THILLAUD,
Monsieur F. TREPARDOUX, Professeur J. VONS

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2021

BUREAU

Président : Dr Philippe BONNICHON
Vice-présidents : Dr Philippe ALBOU et Pr Patrick BERCHE
Secrétaire général : Dr Jacques CHEVALLIER
Secrétaire général adjoint : Dr Jean-José BOUTARIC
Secrétaire de séance : M. Jacques MONET
Secrétaire de séance adjoint : Pr Simone GILGENKRANTZ
Trésorier : Dr Jean-François HUTIN

SONT ASSOCIÉS AU BUREAU

Le comité éditorial des publications de la SFHM
Le délégué aux affaires extérieures : Dr Pierre L. THILLAUD

MEMBRE HONORAIRE

Professeur Samuel KOTTEK

MEMBRES

Docteur Ph. ALBOU, Docteur E. ANDRÉ, Professeur P. BERCHE,
Docteur Ph. BONNICHON, Docteur J.-J. BOUTARIC, Docteur V. CALLOT,
Docteur J. CHEVALLIER, Professeur D. DROIXHE, Docteur C. GAUDIOT,
Professeur M. GERMAIN, Professeur S. GILGENKRANTZ, Docteur J.-F. HUTIN,
Docteur P. LE FLOCH-PRIGENT, Professeur J.-M. LE MINOR, Monsieur J. MONET,
Professeur Jacques ROUËSSÉ, Docteur A. SÉGAL, Docteur P. L. THILLAUD,
Monsieur F. TRÉPARDOUX, Docteur B. VESSELLE, Monsieur J.-F. VINCENT.

Membres d'honneur de la Société Française d'Histoire de la Médecine depuis 1987

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

Année 2016

Monsieur Francis TRÉPARDOUX

Année 2018

Professeur Jacqueline VONS

Année 2020

Professeur Jacques BATTIN

SOMMAIRE

Lettre du Président.....	7
Compte rendu de la séance du 20 février 2021.....	9
Compte rendu de la séance du 20 mars 2021.....	13
Compte rendu de la séance du 24 avril 2021.....	15
Compte rendu de la séance du 22 mai 2021.....	17
Assemblée générale de la SFHM du 22 mai 2021.....	19
Rapport financier pour 2020 par le trésorier.....	22
Remise des prix 2019 et 2020 de la SFHM.....	26
Présentation « portes ouvertes » du bureau de la SFHM.....	30
Compte rendu de la séance du 16 octobre 2021.....	35
Compte rendu de la séance du 20 novembre 2021.....	38
Compte rendu de la séance du 18 décembre 2021.....	41
Prix commun d'histoire de la médecine ANM-SFHM.....	43
L'épidémie de choléra de 1832. Une hypothèse sur la mort de Casimir Perier par Jean-Pierre LUAUTÉ & Olivier SALADINI.....	45
La blessure de Giuseppe Garibaldi (1807-1882) et le stylet de Nélaton par Louis-François GARNIER.....	65
La Saga du système Rénine-Angiotensine-Aldostérone par Hernan VALDES-SOCIN.....	77
Les blessures invisibles : traumatismes auditifs et mutilés de l'oreille pendant la Première Guerre mondiale par Benoît TAHON.....	85
Georges Seurat et le Pointillisme par Jean-Marie GILGENKRANTZ.....	111
Modernisation de la médecine en Perse, dans l'Empire ottoman et en Égypte. Esquisse d'une étude comparée par Bardia SABET-AZAD.....	119
Le musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis : source d'inspiration du professeur George Photinos à Athènes par Jacques CHEVALLIER.....	135
John Lykoudis, un pionnier oublié de la découverte de l'origine infectieuse des ulcères et gastrites par Patrick BERCHE.....	145

L'original docteur Gustave-Joseph-Alphonse Witkowski (1844-1923), médecin, journaliste, historien de la médecine, pamphlétaire misanthrope, vulgarisateur et inventeur par Jean-François HUTIN.....	153
La création de l'Académie de médecine par Louis XVIII, son premier président, son premier secrétaire perpétuel par Jacques ROUËSSÉ.....	171
L'histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle par Benoît VESSELLE.....	185
Les théâtres d'anatomie du XVI ^e au XIX ^e siècles en Europe et la naissance de la réflexion scientifique en chirurgie par Philippe MARRE.....	193
Analyses et présentations d'ouvrages.....	199
Liste des membres de la SFHM en 2021.....	209
Instructions aux auteurs.....	215

e-SFHM

Le 19 octobre 2013, à l'initiative du Dr Pierre L. Thillaud, le Conseil d'administration de la Société française d'histoire de la médecine a décidé la création d'un supplément digitalisé à la revue *Histoire des sciences médicales*, intitulé *e-SFHM* dont la première livraison fut mise en ligne en octobre 2015.

Ce supplément trimestriel élargit l'éventail des communications possibles pour ceux qui ne peuvent assister aux séances de notre Société pour présenter leur communication ou qui veulent diffuser et partager une riche iconographie en couleur. Les propositions de publication, comportant un texte n'excédant pas 20 000 signes (espaces comprises), une vingtaine d'illustrations (libres de droits et de qualité : 2 000 × 2 000 pixels) et un résumé seront adressées par voie électronique à Jacques Monet, directeur du Comité de lecture et de programmation :

comite.de.lecture.sfhm@gmail.com

LETTRE DU PRÉSIDENT

Chers amis de la SFHM,

L'année 2021, comme l'année 2020, a été placée sous le double signe du Covid-19 et des angoisses dont il est à l'origine. Nous n'oublierons pas ces moments difficiles, en particulier pour le président et le secrétaire général, Jacques Chevallier, dont les mandats ont plus ou moins violemment tangué au gré des différentes vagues qui se sont succédées. En période de crise, les structures les plus faibles disparaissent. Les structures viables souffrent mais résistent. La SFHM a souffert mais a résisté. Elle a résisté grâce à un Conseil d'administration soudé autour d'un Bureau ordonné et homogène qui a su garder le cap tout en se régénérant avec l'accueil de nouveaux membres. Une réelle amitié, établie sur le désir de faire vivre et progresser une société qui célébrera l'an prochain son 120^e anniversaire, exalte la foi de ses différents membres.

De Paul Valéry à Jean Bernard et Jean-Charles Sournia, nombreux sont ceux qui ont régulièrement rappelé l'indispensable connaissance du passé pour comprendre le présent et espérer imaginer l'avenir. Nous avons donc une conscience aiguë de l'utilité et de l'intérêt de la SFHM, dans ce nouvel espace où selon l'expression de Didier Sicard « La médecine est devenue une médecine sans le corps »*.

Ainsi, la période que nous venons de vivre a montré l'absolue nécessité d'entrer dans ce monde nouveau avec la vidéodiffusion interactive des

* SICARD D. – *La médecine sans le corps*. Plon, Paris, 2002.

séances, et le développement continu de l'e-SFHM. À ce sujet, le rôle tenu par Philippe Albou doit être souligné avec force. La nouvelle formule fortement établie sur les bases de l'ancienne est encore jeune et le travail n'est pas achevé pour assurer sa pérennité mais lorsque l'on connaît la volonté et l'énergie de celui qui en a la charge, nous sommes assurés de sa réussite. La brutale et tragique disparition de Danielle Gourevitch a fait craindre pour l'avenir de notre Revue annuelle. C'était sans compter sur la détermination du Conseil d'administration du 16 octobre 2021 pour assurer normalement sa parution. De nombreux membres ont apporté, chacun, leur part de travail. L'ensemble des textes recueillis par Jacques Monnet a été coordonné, agencé et maîtrisé par l'intelligence, le savoir et le travail de Pierre L. Thillaud. Il nous permet, aujourd'hui, d'avoir le plaisir de préfacer cette livraison 2021.

Je remercie tous les membres qui sont restés fidèles à notre Société et dont les cotisations continuent à la faire vivre.

Il reste, cependant, encore beaucoup de travail pour moderniser la SFHM. Ce sera la tâche des nouveaux présidents qui se succéderont après mon départ.



Philippe Bonnichon

VIE DE LA SOCIÉTÉ

Compte rendu de la séance du 20 février 2021

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence du Dr Philippe Bonnichon, **en visioconférence**, le samedi 20 février 2021 à 14h30.

1) Intervention du président, le Dr Philippe Bonnichon

Chères et chers collègues, nous ouvrons la première vidéo conférence de notre Société avec une certaine anxiété car nous n'avons pas, contrairement à d'autres institutions comme l'Académie nationale de médecine ou l'Académie nationale de chirurgie et plus encore les universités, le personnel dédié à la communication et au montage vidéo. Je remercie donc les secrétaires, le trésorier et l'ensemble des membres du bureau des efforts fournis pour l'organisation de cette séance. Pour des raisons techniques le nombre de participants est limité à 100 mais si par bonheur le succès était tel que ce nombre soit dépassé, sachez que la séance est enregistrée. Elle pourra donc être consultée en ligne.

Nous profitons aujourd'hui de cette séance pour vous informer de quelques points qui ont évolué mais c'est bien sûr au cours de notre assemblée générale et du CA qui la précèdera qu'ils seront discutés en détail et en profondeur. À ce sujet, Jacques Chevallier nous donnera le résultat des élections qui amène 7 nouveaux administrateurs au conseil d'administration de la Société française d'histoire de la médecine. Nous comptons sur leur arrivée pour donner à notre Société le renouveau qu'elle mérite. L'assemblée

générale est prévue le 20 mars, elle aura lieu en présentiel mais si nous sommes encore sous le joug des restrictions libertaires, elle sera reportée en avril car je fais le pari à cette date que la maladie aura fortement décliné avec l'arrivée des hirondelles. En conséquence, la séance de communication de mars qui aura bien lieu sera une nouvelle séance virtuelle *Zoom*. Cette séance nous a ouvert des perspectives en particulier dans le monde virtuel des « réseaux sociaux ». Mais c'est avant tout l'affaire des jeunes que nous invitons à nous rejoindre.

2) Intervention du secrétaire général, le Dr Jacques Chevallier

Depuis la dernière séance de septembre 2020, nous n'avons pas reçu d'annonce de décès parmi nos membres ; nous ne pouvons que nous en satisfaire, même si nous sommes conscients que les temps délétères que nous vivons ne nous garantissent pas une parfaite diffusion des informations. Nous n'avons pas plus de livres à vous présenter, et de candidatures nouvelles à vous soumettre. En revanche la candidature de Catherine Boulogne, présentée en septembre dernier, ne peut toujours pas en raison des conditions très exceptionnelles de notre réunion, imposées par les mesures sanitaires arrêtées par les autorités publiques, être soumise au vote des membres « présents » ; nous espérons pouvoir le faire dès le mois prochain.

En effet, si tout se passe bien - et notre président est à cet égard toujours très optimiste - un conseil d'administration de la Société se réunira dans la matinée du samedi 20 mars prochain. Il sera suivi dans l'après-midi par une séance rythmée par notre assemblée générale annuelle, la remise des prix 2019 et 2020, et la tenue d'une séance habituelle un peu écourtée. Cette séance prestigieuse qui devrait se tenir à l'Académie nationale de chirurgie, nous permettra de nous retrouver ensemble avec grand plaisir.

Il me reste à vous communiquer les résultats du scrutin organisé pour le renouvellement des membres du conseil d'administration. Sept membres étaient sortants (un poste coopté n'étant pas soumis à élection) : Guy Cobolet, Jacques Monet, Jacques Battin, Patrick Berche, Michel Germain, Jean-Marie Le Minor, Michel Roux-Dessarps. Avaient fait acte de candidature : Patrick Berche, Valérie Callot, Daniel Droixhe, Michel Germain, Jean-Marie Le Minor, Jacques Monet et Jacques Rouëssé. Le dépouillement des votes a été particulier cette année en raison de l'impossibilité d'une réunion du bureau en présentiel ; il a été acté par une réunion « virtuelle » de notre bureau au terme d'un dépouillement assuré par le secrétaire général en présence d'un

scrutateur local, membre de notre Société : le Dr René Grangier. En voici le résultat : votes reçus : 118 (dont 5 hors délai, et 50 avec cotisation 2020 impayée), soit 63 bulletins exprimés : Berche, 53 ; Callot, 53 ; Droixhe, 57 ; Germain, 53 ; Le Minor, 52 ; Monet, 57 et Rouëssé, 55. Les sept candidats sont donc élus et les sept postes vacants sont donc attribués. Nous félicitons chaudement les quatre anciens membres réélus et souhaitons la bienvenue aux trois nouveaux arrivants.

Nous remarquons toutefois le taux extrêmement élevé de non-paiement des cotisations, peut-être explicable par la conjoncture, et en profitons pour vous inciter, si cela n'a pas été encore fait, de régler au plus vite votre cotisation qui, je vous le rappelle est maintenant unique (75 €) pour tous (y compris pour les membres d'honneur) avec la livraison annuelle de notre revue papier « Histoire des Sciences Médicales » et l'adressage trimestriel par Internet de la *e-SFHM*.

3) Intervention du secrétaire de séance, M. Jacques Monet

À n'en pas douter, la crise sanitaire résultant de l'épidémie de Covid 19 a sévèrement perturbé la vie de notre Société, notamment dans l'organisation de ses séances, en nous contraignant à de multiples annulations imposées par l'application des mesures sanitaires et le renoncement forcé des conférenciers. C'est dans ces circonstances exceptionnelles qu'il a fallu nous résoudre à l'annulation de la séance prévue à Montpellier pour le 800^e anniversaire de son Université de Médecine ; séance commune avec la Société montpelliéraine d'histoire de la médecine et l'Académie de chirurgie, pour laquelle notre vice-président, le Dr Philippe Albou, s'était totalement investi pour en assurer la réussite, et marquer à cette occasion une reprise du lien historique qui unissait naguère nos deux sociétés. Initialement programmée pour les 5 et 6 juin 2020, cette séance commune a été dans un premier temps, reportée aux 23 et 24 octobre 2020, pour finalement être annulée en raison du cours persistant de l'épidémie.

Confronté à cette situation exceptionnelle, le président Philippe Bonnichon a réuni le comité de lecture et de programmation le 7 juillet 2020, pour tenter au mieux de reprogrammer les communications retenues. La réunion s'est poursuivie avec la présentation par le Dr Pierre L. Thillaud d'une nouvelle formule éditoriale de notre Revue annuelle : maquette, rubriques, couverture, et des dispositions arrêtées pour la reprise de la publication de la *e-SFHM*. Pour garantir la parution de notre Revue annuelle, il a été décidé de publier avec l'accord de leurs auteurs, certains textes qui n'avaient pas pu être présentés en séance.

Enfin, le secrétaire de séance donne lecture du procès-verbal de notre dernière séance qui est adopté.

Notre prochaine séance parisienne aura lieu le samedi 20 mars 2021 à l'Académie nationale de chirurgie. Elle sera précédée par l'assemblée générale et la cérémonie de remise des prix 2019 et 2020.

Communications

Jean-Pierre LUAUTÉ, Olivier SALADINI, *L'épidémie de choléra de 1832. Une hypothèse sur la mort de Casimir Perier*. Les premiers cas de l'épidémie de choléra de 1832 sont officiellement enregistrés à Paris le 26 mars 1832. Le premier avril, Casimir Perier, Président du Conseil et le duc d'Orléans, fils de Louis-Philippe, se rendent à l'Hôtel-Dieu pour faire preuve de compassion. Le 5 avril, Casimir Perier ne paraît pas à une réception et dès le 7, le *Journal des débats* annonce qu'il « avait présenté des symptômes tels qu'il n'a pas été possible de méconnaître le choléra-morbus ». Il fut rapidement soigné par François Broussais. À partir du 13 avril des signes « d'aliénation » apparaissent qui a justifié de faire appel à Jean-Etienne Esquirol. Malgré les soins (ou en raison de ceux-ci) l'état du malade empire et il meurt le 16 mai 1832. Il s'ensuivit une violente controverse entre Broussais, qui défendait son traitement et estimait que les troubles mentaux étaient symptomatiques de l'atteinte intestinale, et Esquirol qui exprimait son opinion par la voix de Jules Guérin, le directeur de la *Gazette médicale de Paris*. Esquirol et Guérin doutaient de la réalité du choléra.

Louis-François GARNIER, *La blessure de Garibaldi et le stylet de Nélaton*. Giuseppe Garibaldi (1807-1882) surnommé le « Héros des Deux Mondes » a le privilège de vieillir dans sa maison de l'île de Caprera, au nord-est de la Sardaigne, où sa tombe fait face à la Méditerranée. Cependant, ses vieux jours furent ceux d'un homme perclus de douleurs d'arthrite dont la marche était entravée par les séquelles de la vilaine blessure qu'il avait reçue en Calabre, en 1862 lors des guerres du Risorgimento. Garibaldi échappa à l'amputation de sa jambe mais il n'est pas toujours évident de localiser un projectile dans une blessure. La balle fut finalement extraite par un chirurgien italien grâce aux directives d'un chirurgien français qui inventa, pour localiser la balle, une sonde simple mais ingénieuse qu'on dénomma le stylet de Nélaton.

Compte rendu de la séance du 20 mars 2021

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence du Dr Philippe Bonnichon, **en visioconférence**, le samedi 20 mars 2021 à 14h30.

1) Intervention du président, le Dr Philippe Bonnichon

Après quelques mots de bienvenue aux nombreux membres présents, le président précise que la prochaine réunion se tiendra le samedi 24 avril, et non 17 avril comme initialement prévu. Il espère que la Société pourra cette fois se réunir en présentiel à l'Académie nationale de chirurgie pour son assemblée générale et la cérémonie des prix 2019 et 2020.

2) Intervention du secrétaire général, le Dr Jacques Chevallier

En l'absence de livre reçu, le secrétaire général rappelle aux auteurs et aux éditeurs que leurs ouvrages peuvent lui être adressés afin d'être présentés lors des séances et pour la plupart, faire l'objet d'une analyse publiée dans la Revue.

3) Intervention du secrétaire de séance, M. Jacques Monet

Le secrétaire de séance donne lecture du procès-verbal de notre dernière séance qui est adopté.

4) Présentations d'un nouveau candidat

Louis-François GARNIER, cardiologue breton, praticien hospitalier. Il a publié plusieurs articles concernant l'histoire de la médecine : sur la peste, le marquis de la Rouërie, sur la blessure de Patrocle et sur celle de Garibaldi. Cette dernière a fait l'objet d'une communication en visioconférence le mois passé.

5) Élection

Catherine BOULOGNE dont la candidature a été présentée en septembre 2020, mais qui n'a pu être soumise à un vote en raison de la crise sanitaire. Il est décidé en séance qu'en raison du grand nombre de membres présents en visioconférence et de la possibilité qui leur est offerte d'exprimer leur vote de vive-voix, de procéder à cette élection. Catherine Boulogne est professeur de biologie (SVT) dans un lycée d'enseignement général à Paris. Elle donne également des cours de biologie en préparation à des concours. Son intérêt pour l'histoire de la médecine fait qu'elle accompagne souvent

notre collègue de la SFHM, Danièle Guegan. *Parrains : Danièle Guegan et Jacques Chevallier*. Catherine Boulogne est élue à l'unanimité des participants à la séance.

Notre prochaine séance parisienne aura lieu le samedi 24 avril 2021 à l'Académie nationale de chirurgie. Elle sera précédée par l'assemblée générale et la cérémonie de remise des prix 2019 et 2020.

Communications

Dr Hernan VALDES-SOCIN, *La Saga du système Rénine-Angiotensine-Aldostérone : découverte historique et perspectives*. Le système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) est une élégante cascade d'hormones et d'enzymes régulant la pression artérielle. Ses principales composantes ont été identifiées entre la fin du 19^{ème} siècle et l'année 2000 (découverte de l'enzyme de conversion de l'angiotensine de type 2). Comme dans toute légende, la saga du SRAA est rythmée par le succès mais aussi par les échecs de nombreux chercheurs. Dans cette synthèse historique, nous amenons le lecteur dans un voyage dans le temps pour rappeler certains faits inspirant les découvertes du SRAA. *Intervention du Professeur Berche*.

Benoît TAHON, *Les blessures invisibles : traumatismes auditifs et mutilés de l'oreille pendant la Première Guerre mondiale*. Frappés de blessures occasionnées par l'emploi d'armes vulnérantes ou par des maladies contractées sur le front ou à l'arrière, les « mutilés de guerre de l'oreille » demeurent des « parias » que l'invisibilité apparente de leur traumatisme relègue au second plan. Soupçonnés « d'exagération » ou de « simulation », affublés de tares peu glorieuses aux yeux de l'opinion publique, les mutilés de l'ouïe restent encore largement dans l'angle mort de l'historiographie de la médecine de guerre.

Constituée des travaux d'otologistes et d'auristes dirigeant les services d'ORL dans les hôpitaux des différentes régions militaires, la littérature médicale est pourtant riche des observations que suscitent la question de l'évaluation et de la définition, de la guérison et de la prévention de troubles finalement mal connus. Elle éclaire aussi les débats qui ont pu opposer le corps médical à certains « aventuriers » qui proposent des inventions et des remèdes originaux pour soigner les malades. C'est le cas, parmi d'autres, du docteur René Marage et de sa « sirène à voyelles », sensée mieux évaluer le degré d'invalidité des « éclopés de l'oreille » tout en apportant à ces derniers des soins réparateurs. *Interventions de Mme Amudry et Messieurs Harel, Graamans, Valdes-Socin*.

Alice JEGARD, *Musique et Médecine. Histoire d'un duo aux accords crescendo*. L'histoire commune de la musique et de la médecine remonte aux origines de ces deux disciplines. De la civilisation hellénistique, au III^e siècle avant J.-C., à la naissance de la musicothérapie, au début du XX^e siècle, l'inclusion de la musique dans les processus de soin est d'abord empirique avant de faire l'objet d'expériences et d'études scientifiques de plus en plus techniques prouvant son efficacité prometteuse. Déclinée sous différentes formes, la musicothérapie, active, réceptive, ou la biomusicothérapie, stimule les circuits neuronaux et ouvre des perspectives novatrices de soins complémentaires performants dans de nombreuses maladies majeures de notre époque telles que celles de Parkinson et d'Alzheimer, dans la récupération après un AVC, ou encore dans la lutte contre la dépression et les troubles du sommeil. La musicothérapie se professionnalise désormais avec des spécialistes toujours plus nombreux qui cherchent à aider le patient à retrouver un meilleur accord entre son corps et son esprit ainsi qu'entre lui et son environnement social.

Compte rendu de la séance du 24 avril 2021

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence du Dr Philippe Bonnichon, **en visioconférence**, le samedi 24 avril 2021 à 14h30.

1) Intervention du président, le Dr Philippe Bonnichon

Après avoir prononcé quelques mots de bienvenue à l'adresse des soixante membres « présents en distanciel », le président précise que la prochaine réunion statutaire est fixée au 22 mai. Il espère que la Société pourra enfin se réunir en « présentiel » à l'Académie nationale de chirurgie. Cette séance sera précédée dans la matinée d'un conseil d'administration, et débutera par la tenue de notre assemblée générale annuelle et la cérémonie de remise des prix 2019 et 2020 qui toutes deux ont été maintes fois reportées en raison de la crise sanitaire. Ce sera l'occasion d'organiser une journée « portes ouvertes » durant laquelle les responsables du bureau présenteront à la faveur de leur tâche respective, le fonctionnement de la Société. Il annonce également qu'une réunion commune organisée par l'Académie nationale de chirurgie et la SFHM, se déroulera le mercredi 26 avril à 14h30.

2) Intervention du secrétaire général, le Dr Jacques Chevallier

En l'absence de réception d'ouvrages nouveaux et de nouvelles candidatures, le secrétaire général apporte quelques précisions relatives à la séance commune ANC-SFHM annoncée par le président. Cinq communications associant l'histoire ancienne et récente de la médecine chirurgicale seront présentées. La réunion pourra accueillir en présentiel les membres de chacune des instances organisatrices mais sera également accessible en visioconférence. Elle fera en outre l'objet d'un enregistrement vidéo. Son programme détaillé sera prochainement diffusé auprès de chacun des membres de la Société.

3) Intervention du secrétaire de séance, M. Jacques Monet

Le secrétaire de séance donne lecture du compte rendu de la séance du 20 mars qui est approuvé à l'unanimité.

4) Élection

Louis-François GARNIER, cardiologue breton, praticien hospitalier, dont la candidature a été présentée lors de la séance du 20 mars dernier. *Parrains : Jacques Chevallier et Philippe Bonnichon*. Le Dr Louis-François Garnier est élu à l'unanimité des participants à la séance.

5) Palmarès des prix de la SFHM

Prix Jean-Charles Sournia, 2019

Martin ROBERT, *La fabrique du corps médical. Dissections humaines et formation médicale dans le Québec du XIX^e siècle*, Thèse de doctorat en histoire, 2019, Université du Québec à Montréal (Canada).

Interventions des docteurs Bonnichon, Cazala et Hamonet.

Prix de thèse Georges Robert de la SFHM, 2019

Mention sciences médicales

Alexis SEAN, *Frédéric Bazille (1841-1876), un peintre-médecin : une approche médicale de la vie et l'œuvre à travers l'exemple de l'Ambulance improvisée (1865)*, Mémoire DU, 2019, Université Paris-Descartes (Fac. Méd.).

Mention sciences humaines

Baptiste BAYLAC-PAOULY, *Histoire du développement, de la production et de l'utilisation du vaccin contre la méningite A (1963-1975)*. Thèse de doctorat en épistémologie, 2018, Université Claude Bernard Lyon I.

Interventions de MM. Bonnichon et Albou et de Mme Vandele.

Prix de thèse Georges Robert de la SFHM, 2020

Mention sciences médicales

Fanny DEMARS, *Saturnin Arloing, sa vie, son œuvre*, Mémoire DU, 2020, Université Paris-Descartes (Fac. Méd.).

Intervention de M. Watier.

Mention sciences humaines

Guillaume LINTE, *Médecine et santé des voyageurs transocéaniques français à l'époque moderne (XVI-XVII^e siècles)*, Thèse de doctorat en histoire, 2019, Université Paris Est Créteil.

La séance est levée à 17h. La prochaine séance parisienne se tiendra le samedi 22 mai 2021 à l'Académie nationale de chirurgie. Elle sera précédée par l'assemblée générale et la cérémonie de remise des prix 2019 et 2020.

Compte rendu de la séance du 22 mai 2021

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine dans l'amphithéâtre des Cordeliers, 15 rue de l'École de Médecine, 75006 Paris (Académie nationale de chirurgie) sous la présidence du Dr Philippe Bonnichon à 14h30. La séance est également diffusée en visioconférence.

Membres excusés : C. Boulogne, J.J. Boutaric, F. Guillon-Metz, C. Gaudiot, M. Grand, B. Hoerni, P. Labrude, J. Lazare, M.H. Marganne, E. Martini, F. Renaud, A. Ségal, O. Walusinski, H. Watier.

1) Intervention du président, le Dr Philippe Bonnichon

Après quelques mots de bienvenue, le président remercie les membres présents et ceux qui à la faveur de la visioconférence participent à cette séance. Il se félicite de ce que l'amélioration des conditions sanitaires nous permet de se retrouver physiquement à l'Académie nationale de chirurgie qu'il remercie pour son bienveillant accueil. Il indique enfin qu'au cours du conseil d'administration réuni ce matin, le poste de vice-président vacant depuis peu a pu être pourvu. Le Professeur Patrick Berche, membre du conseil d'administration, a été élu vice-président de la Société à l'unanimité.

2) Intervention du secrétaire général, le Dr Jacques Chevallier

Le secrétaire général indique qu'il n'a toujours pas reçu d'ouvrage à présenter, ni de nouvelle candidature. Il rappelle à l'assemblée que le

mercredi 26 mai après-midi, l'Académie nationale de chirurgie invite la SFHM autour de l'histoire de la médecine. Cinq communications sont prévues :

Françoise GUILLON-METZ, *Chirurgien de campagne sous le roi-soleil : Traité des playes de teste par Maître Antoine Boirel, lieutenant des maîtres chirurgiens d'Argentan, Commentaire par le Dr Louis Thomas, bibliothécaire à la faculté de médecine, Paris, 1880* ; Clément Claude ABBOU, *Chirurgie de la prostate : des prémices à la robotique* ; Philippe BONNICHON, *Vie et œuvre du chirurgien montpelliérain Laurent Joubert* ; Jean-Louis BERROD, *Naissance, vie et mort d'une maladie chirurgicale qui semblait éternelle : l'ulcère gastroduodénal* ; Jacques CHEVALLIER, *Enquête sur un tableau représentant un anatomiste : Vésale ou Paré ?*

Cette réunion se tiendra en présentiel, en visioconférence et sera consultable en *replay* sur *You Tube*. Le programme détaillé sera diffusé auprès de tous nos membres en début de semaine prochaine.

3) Intervention du secrétaire de séance, M. Jacques Monet

Le secrétaire de séance donne lecture du compte rendu de la séance du 20 mars qui est approuvé à l'unanimité.

4) Élection

La candidature du Dr Jean-Claude LÉONARD a été présentée en septembre dernier. Pédiatre installé en libéral de 1977 à 1992, puis praticien hospitalier depuis 2002, Jean-Claude Léonard vit et travaille à Berck-sur-Mer. Ses travaux portent sur la pédiatrie, l'allergologie et l'histoire de la médecine avec un intérêt particulier pour Arthur Rimbaud. *Parrains : Philippe Albou et Jean-Jacques Ferrandis*. Le Dr Jean-Claude Léonard est élu à l'unanimité des présents.

Assemblée générale de la SFHM du 22 mai 2021

Rapport moral de la SFHM pour l'année 2020 par le secrétaire général

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, chers Collègues,

À l'issue de la troisième année de mon mandat, j'ai le plaisir de vous présenter, en tant que secrétaire général, le rapport moral de notre Société pour 2020. Cette réunion prévue traditionnellement en février a été reportée en mars, puis en avril, puis en mai, en raison de la pandémie de Covid 19.

Je tiens à remercier les membres du bureau qui m'ont apporté leur aide et leur soutien, dont notre président le Dr Philippe Bonnichon.

Évolution des effectifs

Au 31 décembre 2020, la Société comptait 319 membres mais 78 membres actifs, c'est à dire à jour de leur cotisation ! Ce retard important de cotisation peut s'expliquer par les conditions sanitaires et la modification du coût de la cotisation unique. Enfin, des régularisations ont eu lieu par la suite après le cri d'alarme de notre trésorier, le Dr Jean-François Hutin. Nous avons eu à déplorer en 2020, à notre connaissance, le décès de cinq de nos membres : Michèle Midol-Monnet en février, le Pr Alain Bouchet en mars, président d'honneur de notre Société, le Dr Alain Lellouch, ancien membre du conseil d'administration en mars, le Pr Henri-Régis Ducoulombier en mai et le Dr Louis Lotzenou en octobre. Par ailleurs, six collègues ont démissionné et aucun n'a été radié, après deux années d'absence de paiement et des rappels. Enfin, sept nouveaux membres ont été élus en 2020 (contre 9 en 2019 et

18 en 2018). Le nombre de membres actifs continue à diminuer, mais là aussi les conditions sanitaires de l'année 2020, comme elles le seront aussi en 2021, expliquent en partie cette situation.

Les revues

En 2018, le conseil d'administration de la SFHM avait proposé un ensemble de solutions afin de pérenniser l'avenir de la revue « papier », tout en développant la « e-SFHM ». Les volumes annuels 2019 et 2020 de la revue *Histoire des sciences médicales* comprenant la vie de la Société et une sélection de communications adaptées à une publication papier vous ont été envoyés par voie postale, sous réserve d'être à jour de cotisation. Pour l'année 2019, ce service a été gracieux. En 2020, la cotisation a été forfaitaire à 75 euros et comprend la cotisation et le volume annuel. Nous remercions le comité de sélection, dirigé par M. Jacques Monet, et le Pr Danièle Gourevitch qui avec la collaboration du Pr Simone Gilgenkrantz sont en charge de cette publication papier.

En 2020, nous avons changé d'imprimeur afin de diminuer les coûts et nous remercions le Dr Pierre Thillaud qui s'est chargé de ce travail. Le tome 2 de cette nouvelle formule vous a été envoyé en début d'année 2021.

La e-SFHM, créée en 2015, qui était initialement le supplément illustré de la revue *Histoire des sciences médicales* avec quatre numéros en 2019, a été écartée en 2020 au profit d'une nouvelle e-revue appelée *Carnets d'histoire de la médecine*, toujours sous la direction éditoriale du Pr Jacqueline Vons. Les six numéros vous ont été envoyés en avant-première puis mis sur le site. Le conseil d'administration du 19 septembre 2020 a décidé de revenir à la première formule tant les *Carnets* s'étaient progressivement éloignés de ses objectifs fixés par le conseil d'administration, et que le Dr Philippe Albou devait en assurer la coordination éditoriale. Vous avez reçu en début d'année le numéro 1, les numéros 2 et 3 sont en préparation. Nous le remercions de tous ses efforts.

Publications et site Web

Le site Web de la Société, refondu en 2018, a souffert de ces changements d'orientation et de la désorganisation liée à la pandémie. Nous sommes en train de le mettre à jour avec l'aide de Jean-François Vincent, chef du service Histoire de la santé, également membre de la Société. Nous remercions infiniment la BIU-Santé pour ce travail et pour toute l'aide logistique qu'elle nous apporte gracieusement.

Le Comité de lecture et de programmation

Le Comité de lecture et de programmation s'est réuni régulièrement en 2020 autour de M. Jacques Monet, directeur de ce comité, qui veille à l'application des règles établies (consultables sur le site Web). Il a pour but de sélectionner les propositions de communication reçues et de répartir les articles retenus pour la publication de trois manières : le texte intégral dans la revue papier, dans la *e-SFHM* (si la richesse de l'iconographie le permet) ou simplement un résumé dans la revue papier. Nous le remercions pour ce travail minutieux souvent pénible et nous encourageons les auteurs à respecter les règles éditoriales en vigueur.

Déroulement des séances

Nos sept séances mensuelles habituelles ont été réduites comme peau de chagrin à trois : en janvier, février et septembre. Nous nous sommes réunis à l'amphithéâtre des Cordeliers grâce à l'hospitalité de l'Académie nationale de chirurgie, et en septembre dans les locaux universitaires de l'hôpital Necker. Nous remercions grandement de leur hospitalité le président de l'Académie et son secrétaire général, ainsi que les responsables de Necker. Cette dernière réunion a permis une relation plus importante avec les étudiants et les organisateurs du DU parisien d'histoire de la médecine. Nous sommes à cet égard très reconnaissants envers Claude Harel pour son aide et la qualité de son accueil. Hormis ces deux lieux, nous avons l'assurance de pouvoir bénéficier à l'avenir du bel amphithéâtre flambant neuf de l'École de kinésithérapie de Paris et remercions là aussi de son hospitalité son directeur, notre secrétaire de séance, Jacques Monet.

Enfin les Journées de la SFHM à Montpellier (lieu choisi en raison du 800^e anniversaire de la faculté de médecine), prévues initialement en juin, repoussées en septembre, ont finalement été annulées. Plusieurs communications prévues au programme ont été publiées dans la revue. Nous remercions toute l'équipe de Montpellier, en particulier le Pr Thierry Lavabre-Bertrand, membre de notre Société, ainsi que notre vice-président, le Dr Philippe Albou, pour tous ces efforts mal récompensés.

Conditions d'adhésion et d'abonnement

Il est précisé à nouveau que la cotisation comme membre est due par tous les sociétaires, y compris les présidents d'honneur (ce qui n'était pas le cas auparavant). Deux années de non-paiement de la cotisation entraînent la radiation automatique. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, le volume de la revue n'est plus adressé aux membres qui n'ont pas payé leur cotisation.

Les élections

En décembre ont eu lieu les élections pour le renouvellement d'un tiers des membres du conseil d'administration. Les membres sortants étaient : Pr Jacques Battin, Pr Patrick Berche, Dr Philippe Charlier, M. Guy Cobolet, Pr Michel Germain, Pr Jean-Marie Le Minor, M. Jacques Monet, M. Roux-Dessarps. Les membres réélus étaient : Pr Patrick Berche, Pr Michel Germain, Pr Jean-Marie Le Minor, M. Jacques Monet. Les nouveaux membres étaient : Dr Valérie Callot, Pr Daniel Droixhe et Pr Jacques Rouëssé. Nous remercions les membres sortants de leur travail et félicitons les nouveaux arrivants.

Renouvellement du Bureau

Le Conseil d'administration à la fin de l'année 2020 avait la composition suivante : Président : Dr Philippe Bonnichon ; Vice-présidents : M. Guy Cobolet et Dr Philippe Albou ; Secrétaire général : Dr Jacques Chevallier ; Secrétaire général adjoint : Dr Jean-José Boutaric ; Secrétaire de séance : M. Jacques Monet ; Secrétaire de séance adjoint : Pr Simone Gilgenkrantz ; Trésorier : Dr Jean-François Hutin ; Responsables des publications : Pr Danielle Gourevitch et Dr Philippe Albou ; Délégué aux affaires extérieures : Dr Pierre Thillaud.

Le fichier des membres

Le fichier numérisé des adhérents devient complexe à gérer et le changement de secrétaire-adjoint chargé de la mise à jour de ce fichier a généré quelques erreurs que nous vous prions d'excuser. Notre secrétaire-adjoint, le Dr Jean-José Boutaric, avec l'aide des Drs Philippe Albou et Jean-François Hutin, a repris la mainmise minutieuse de ce fichier et nous le remercions d'avoir bien voulu s'engager dans cette tâche ingrate.

Je termine ce rapport moral de l'année 2020, *annus horribilis*, en remerciant tous les membres présents ou non qui m'ont témoigné leur confiance.

Le rapport moral est adopté à l'unanimité des présents et représentés.

Rapport financier pour 2020 par le trésorier

Le bilan 2020 fait ressortir un résultat d'exploitation de – 2 569 euros, et un résultat net de – 2 582 euros. L'année dernière ces chiffres étaient respectivement de 6 261 et 5 862 euros. Ce résultat négatif est lié à une

petite baisse du produit d'exploitation et à une importante augmentation des charges.

Baisse du produit d'exploitation dû en partie à l'absence de congrès et de dons (mais qui surtout correspond en fait à des cotisations en retard ou à des cotisations payées en ne tenant point compte de la diminution de son montant). Le chiffre des cotisations est en effet un chiffre en trompe l'œil puisqu'il existe une augmentation des recettes mais en fait une baisse du recouvrement des cotisations malgré mes rappels. Nous comptabilisons en effet 132 membres cotisants à 75 euros contre 195 à 50 euros l'année dernière sur 233 inscrits, le reste correspondant aux quelques abonnés institutionnels. Mes rappels en début d'année ont permis de recouvrer une trentaine de cotisations en retard mais qui n'apparaissent pas dans le bilan.

Augmentation des charges puisque la sortie de la revue a été décalée et son coût essentiellement supporté par cet exercice, soit 10 110 euros alors que les autres charges sont restées stables (honoraires comptable et assurance) ou en baisse (*e-SFHM*, frais de diffusion de la revue désormais annuelle, remise des prix, et cotisation à la SPCS dont nous avons décidé de nous passer). À noter également l'absence de frais liés au congrès. À toute chose malheur est bon... Les frais postaux sont toujours aussi faibles car supportés par mon cabinet.

Un poste a néanmoins augmenté, celui de l'appariteur, lié au changement de locaux, et ce malgré le faible nombre de séances dû aux circonstances. Il est à craindre que ce poste représente une importante charge de dépenses à l'avenir. Un autre poste sera aussi à envisager, celui des dépenses liées à la diffusion des séances par *zoom* et à notre visibilité sur les réseaux sociaux.

On note de plus une baisse de la rentabilité de nos placements (398 euros contre 581 euros).

Les actifs circulants se décomposent en valeurs mobilières pour 6720 euros (compte sur livret pour 2086 euros, et 45 LCL Garanti 100 soit 4506 contre 4531 euros,) et en disponibilité pour 112 320 contre 112 860 euros l'année dernière (Livret A : 81 517 contre 81 094 euros et compte courant : 30 803 euros contre 31 766 euros l'année dernière).

Le résultat négatif se traduit par une baisse de notre réserve financière qui est de 119 513 euros contre 121 375 euros l'année dernière.

Le rapport financier qui sera annexé au procès-verbal de la présente assemblée générale est adopté à l'unanimité par les membres présents ou représentés.

RAPPORT FINANCIER POUR 2020 PAR LE TRÉSORIER

COMPTE DE RÉSULTAT SIMPLIFIÉ DE L'EXERCICE			
Durée de l'exercice 12 mois			
		Exercice N du 01/01/20 au 31/12/20	Exercice N-1 du 01/01/19 au 31/12/19
Produits d'exploitation	Produits divers de gestion courante	0	8
	Cotisations	12 213	10 450
	Congrès	0	4 040
	Dons	100	2 572
	Total produits d'exploitation	12 313	17 070
Charges d'exploitation (Charges externes)	Frais appariteur	700	216
	Fournitures administratives	0	0
	Honoraires	1 434	1 410
	Frais de Congrès	0	4 375
	Revue SFHM	10 110	0
	E-revue SFHM	960	1 779
	Frais de diffusion	372	901
	Assurances	300	292
	Frais postaux	0	35
	Services bancaires	6	9
	Dons	0	0
	Cotisation	0	675
	Remise de prix	1 000	1 500
	Médaille	0	16
	Frais élections	0	0
Total Charges externes	14 882	11 208	
Résultat d'exploitation		- 2 569	5 862
Charges exceptionnelles		-11	-182
Produits et charges extérieures	Résultat financier	398	581
BÉNÉFICE OU PERTE		- 2 182	6 261

RAPPORT FINANCIER POUR 2020 PAR LE TRÉSORIER

BILAN SIMPLIFIÉ Durée de l'exercice 12 mois					
				Exercice clos le 31/12/2020	Exercice clos le 31/12/2019
Actif	Actif immobilisé				
	Actif circulant	Créances clients		320	1 624
		Charges constatées d'avance		281	274
			LCL garanti 100	4 506	4 532
			Cpte livret	2 086	2 085
			Amort. Provisionné	128	103
			Total (I)	6 720	6 720
			LCL cpt	30 803	31 766
			LCL livret A	81 517	81 094
			Caisse	0	0
			Total (II)	112 320	112 860
			Total général	119 513	121 375
Passif	Capitaux propres		Capital social	32 252	32 252
			Report à nouveau	87 854	81 593
			Résultat de l'exercice	- 2 182	6 261
			Total (I)	117 924	120 106
			Fournisseurs Fact. non parvenues	1 515	1 065
	Produits constatés d'avance			75	205
			Total (II)	1 590	1 270
			Total général (I)+ (II)	119 513	121 375

Remise des prix 2019 et 2020 de la SFHM

Prix 2019

Prix Georges Robert de la SFHM, mention sciences humaines : **Baptiste BAYLAC-PAOULY** : *Histoire du développement, de la production et de l'utilisation du vaccin contre la méningite A (1963-1975)*, (thèse de doctorat EPIC, université Lyon 1).

Cette thèse retrace le développement du vaccin antiméningococcique A par l'Institut Mérieux de Lyon entre 1963 et 1975. Dans un premier temps, nous présentons la maladie et la menace de santé publique qu'elle représente spécifiquement en Afrique subsaharienne, nécessitant le développement d'un vaccin défendu par le médecin militaire français Lapeyssonnie. Nous retraçons l'histoire de la collaboration entre l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Institut Rockefeller, le Centre International de Référence pour les Méningocoques (Pharo) et l'Institut Mérieux qui commercialisera avec succès un vaccin. Nous concluons avec le programme massif de vaccination mené au Brésil en 1974-75 dans le cadre duquel 80 millions de personnes ont été vaccinées contre la méningite pour tenter d'arrêter une épidémie mortelle de la maladie. Nous analysons cette histoire avec le concept de « doable problems » développé par Joan Fujimura. Cette approche nous permet d'échapper à une simple « narration du progrès » de la découverte d'un vaccin. Au lieu de cela, l'analyse en termes de niveaux d'organisation du travail et les concepts clés d'articulation et d'alignement mettent en évidence un certain nombre d'aspects intéressants, notamment l'importance de la collaboration entre groupes et individus, ainsi que des hypothèses implicites sur la validité des différentes approches de la production vaccinale. Cette approche analytique nous permet de mettre en évidence des aspects sociaux pour compléter l'histoire technique du développement et de l'utilisation du vaccin au cours de cette période (B. B-P).

Prix Georges Robert de la SFHM, mention sciences médicales : **Alexis SEAN** : *Frédéric Bazille (1841-1870), un peintre-médecin : une approche médicale de la vie et l'œuvre à travers l'exemple de l'Ambulance improvisée (1865)*, (mémoire de DU d'histoire de la médecine, université Paris-Descartes).

À la question de savoir qui fut Frédéric Bazille, les archives et les expositions nous apportent les premiers éléments de réponse. Bien que ne faisant pas partie des artistes les plus réputés, notre peintre n'en demeure

pas moins l'une des figures majeures comme en témoigne l'influence qu'il exerça sur les Impressionnistes. Ainsi la vie et l'œuvre de Bazille ont été étudiées par les experts mais la question médicale reste toujours en suspens. En effet, tiraillé entre son destin forcé de médecin et son désir personnel de peindre, c'est dans la peau d'un étudiant décevant et d'un artiste frustré qu'il se trouve. Une fois libéré de sa médecine, Bazille peindra librement tandis que ses pas le conduiront vers Monet. De cette relation naîtra une des pièces majeures du répertoire de Bazille tant l'Ambulance improvisée marque une rupture. Outre une révolution technique, cette toile doit être lue avec les yeux du professionnel de santé afin d'apercevoir l'essence même de l'œuvre de notre artiste (A. S).

Prix Jean-Charles Sournia de la SFHM 2019 : **Martin ROBERT** : *La fabrique du corps médical. Dissections humaines et formation médicale dans le Québec du XX^e siècle*, (thèse de doctorat en histoire soutenue à l'Université du Québec de Montréal, Canada).

Lobe pariétal, ischiojambiers, plèvre, sphénoïde, vertèbres cervicales... D'où vient que l'on conçoive nos corps comme des assemblages de parties, dont la nomenclature provient du langage chirurgical et médical ? Cette thèse retrace les conditions qui rendent possible au XIX^e siècle l'avènement de ce corps médical dans les écoles de médecine de la province canadienne de Québec. Étudier le corps anatomique y devient un enjeu de légitimité et de distinction professionnelle pour les médecins. Cette activité de connaissance suppose la dissection de milliers de défunts, soit enlevés par des étudiants en médecine à même des lieux de sépulture, ou qui proviennent d'institutions de soin et d'assistance et n'ont pas été réclamés par des proches. Les lois canadiennes d'anatomie de 1843 et de 1883 imposent cette dernière catégorie, celle des morts « non réclamés », au terme de près d'un siècle de polémiques, de négociations et d'arrangements entre une variété de milieux. Au moyen d'archives hospitalières et d'écoles de médecine, de journaux, de débats judiciaires et parlementaires et de témoignages écrits de médecins, cette analyse du cas québécois contribue à l'histoire de la profession médicale et de la disposition des morts au XIX^e siècle. Au milieu du XVIII^e siècle, la province de Québec est intégrée à l'Empire britannique, rendant possible l'installation sur le territoire de médecins et chirurgiens formés aux dissections humaines à Londres ou à Édimbourg. Par l'application du *Murder Act*, loi britannique autorisant la dissection de certains condamnés à mort pour meurtre, les premières dissections

humaines sont alors pratiquées au Québec. Instituée à partir des années 1820 dans des cursus de formation médicale, cette pratique devient, dans la seconde moitié du siècle, obligatoire pour tous les apprentis médecins canadiens. En 1843, une première loi canadienne d'anatomie, qui prend modèle sur celle adoptée à Londres une décennie plus tôt, met un terme à la dissection punitive des condamnés à mort en limitant en principe les dissections humaines aux défunts non réclamés provenant d'établissements de soin et d'assistance. La répugnance de certains de ces établissements à se conformer à cette loi canadienne conduit toutefois à son échec. Au cours des quatre décennies suivantes, les écoles médicales négocient donc en marge de la loi l'obtention des cadavres nécessaires à leurs cours d'anatomie humaine. En parallèle, les enlèvements de défunts à même les lieux de sépulture entrent dans l'ordinaire des étudiants en médecine canadiens. Ce statu quo, dans les années 1870, atteint un point de rupture. Les controverses liées aux enlèvements de cadavres entrent en contradiction avec les velléités des médecins à ce qu'on les reconnaisse comme seuls habilités à intervenir professionnellement en ce qui regarde la santé des individus et des populations. Dans ce contexte, le procès à Montréal d'un étudiant en médecine accusé d'avoir enlevé un mort conduit, en 1883, à l'adoption d'une réforme de la loi d'anatomie canadienne. Au moyen d'une analyse quantitative de registres institutionnels, cette thèse montre que les dissections humaines se normalisent au Québec vers la fin du XIX^e siècle. Une grande majorité des morts non réclamés confiés aux écoles médicales provient alors d'institutions psychiatriques. Par l'entremise d'intermédiaires tels que les inspecteurs d'anatomie, deux groupes sociaux se forment en définitive au miroir du corps anatomique dans le Québec du XIX^e siècle. D'une part, celui des médecins qui étudient ce corps et, de l'autre, celui des morts « non réclamés », décédés dans l'indifférence, qui l'incarnent (*M. R.*).

Les prix de thèse d'histoire de la médecine Georges Robert de la SFHM pour l'année 2019, qui n'ont pas pu être remis en mars comme chaque année en raison de la pandémie sont remis aujourd'hui avec les prix 2020.

Prix 2020

Prix Georges Robert de la SFHM, mention sciences médicales : **Fanny DEMARS** : *Saturnin Arloing, sa vie, son œuvre.*

Arloing (1846-1911) est vétérinaire. Formé à l'École vétérinaire de Lyon auprès de Chauveau, il fut chef de service, professeur puis directeur de cette école. Il deviendra aussi docteur ès sciences et docteur en médecine. Il occupa

des postes de professeur à la Faculté des sciences et à la Faculté de médecine de Lyon. Il consacra sa vie à la recherche scientifique expérimentale et à l'amélioration de la médecine humaine et vétérinaire. Arloing est d'abord anatomiste et un grand physiologiste. Il s'est cependant particulièrement illustré grâce à ses travaux en microbiologie. Ses recherches, toujours empreintes d'applications pratiques, eurent des conséquences importantes sur la santé publique à Lyon et dans le monde. Au côté de Chauveau, Pasteur et Koch, il fit partie des pionniers dans la lutte contre les maladies infectieuses. Il s'attaqua notamment à la tuberculose, terrible maladie à laquelle il dédia la seconde partie de sa vie et qui aujourd'hui encore constitue un danger majeur pour la santé publique dans le monde et en France (*F. D.*).

Prix Georges Robert de la SFHM, mention sciences humaines : **Guillaume LINTE** : *Médecine et santé des voyageurs transocéaniques français à l'époque moderne (XVI^e-XVIII^e siècles)*.

À l'époque moderne, le voyage transocéanique projette l'Europe dans une ère nouvelle. Il ne s'agit pas seulement d'une performance technique ou d'un outil de conquête, mais d'un phénomène aux multiples implications sociales et culturelles. Ce sont des dizaines de milliers d'hommes et de femmes qui, volontairement ou non, prennent part à une expérience inédite dans l'histoire des mobilités européennes. Habiter l'océan des semaines ou des mois durant, au sein de navires où l'encombrement et la promiscuité constituent la norme, représente un véritable défi sanitaire. En France, c'est essentiellement à partir du XVII^e siècle que ce sujet commence à mobiliser, tandis que le royaume tente de s'imposer parmi les puissances maritimes et pose les jalons de son premier empire colonial. Médecins, chirurgien-navigants, officiers de marine ou encore ingénieurs, se retrouvent impliqués dans une réflexion sur l'origine des maladies des *gens de mer* et dans la mise en place de stratégies prophylactiques. Cette thèse s'intéresse à différents aspects sanitaires relatifs aux navigations transocéaniques. Elle aborde les idées et les discours savants formulés à propos de la santé de ceux qui les effectuent, mais aussi les pratiques et dispositifs techniques destinés à prévenir les risques, ainsi que les acteurs et les réseaux de savoirs mobilisés autour de la question. Ces recherches mettent également en lumière la façon dont les espaces maritimes et intertropicaux furent conçus sous les traits d'environnements pathogènes, à une époque où ils deviennent de plus en plus stratégiques d'un point de vue géopolitique. Il s'agit ainsi de proposer une lecture nouvelle des problématiques sanitaires relatives aux

voyages ultramarins à l'époque moderne, à partir d'une approche relevant de l'histoire de la médecine et des études des sciences et des techniques (G. L).

Le prix commun Académie nationale de médecine / Société Française d'Histoire de la Médecine (ANM/SFHM), a été décerné en 2020 au **Dr Olivier WALUSINSKI**, membre de notre Société, pour son ouvrage : *Jean-Martin Charcot : membre de jurys de thèses à la Faculté de médecine de Paris (1862-1893)*, publié en 2020 par les éditions Oscitatio.

Parmi les lauréats, seuls Alexis Sean et Guillaume Linte étaient présents. Le président leur remet un chèque et un exemplaire de la médaille de la SFHM gravée à leur nom. Martin Robert avait adressé une vidéo de remerciement qui a pu être diffusée dans la salle.

Communication

Jean-Marie GILGENKRANTZ, *Georges Seurat et le pointillisme*. La courte vie de Georges Seurat, mort à 32 ans, est entièrement consacrée à l'Art. Dès l'âge de 15 ans, il suit des cours de dessin où il découvre la loi des contrastes de couleurs de Chevreul à l'origine de sa réflexion sur une nouvelle technique picturale : le divisionnisme ou pointillisme. Après 2 années uniquement consacrées au dessin (crayon Conté, papier à grains), il expérimente l'utilisation de petites touches de couleurs différentes ce qui lui imposera de nombreux dessins et peintures préparatoires. « La Baignade à Asnières » puis « Un dimanche à la Grande Jatte » sont les deux œuvres fondatrices du pointillisme. Il applique cette technique à des scènes d'intérieur et à la représentation de jeunes femmes nues. À la suite d'une liaison avec Marie Khnoblach, naît un garçon, Pierre. Lors du VIII^e salon des Indépendants auquel il participe survient une forte température dont il décède deux jours après avec le diagnostic d'angine infectieuse. Son fils, âgé d'un an, décède quelques jours après avec ce même diagnostic. En fait, dans le contexte de l'époque il est logique d'évoquer le diagnostic d'angine diphtérique.

Présentation « portes ouvertes » du bureau de la SFHM

Cette présentation résulte d'une heureuse initiative de notre président, le Dr Philippe Bonnichon, qui a exprimé sa volonté d'informer tous les membres de la SFHM, afin d'en faire apprécier plus justement l'importance pour la bonne marche de notre association, du contenu et de la diversité des

tâches relevant de chacun des postes du Bureau assurés par les administrateurs qui en acceptent la charge.

Fonctions du secrétaire général, par Jacques Chevallier

Sa fonction n'est pas précisée dans les statuts de la SFHM : « *si ce n'est sans doute que l'une de ses fonctions est justement de respecter et de faire respecter les statuts !* » selon Philippe Albou. Lors de la passation de pouvoirs en décembre 2017, il nous a fourni un travail détaillé en huit pages très denses que je vais résumer et actualiser. Ces fonctions essentielles sont au nombre de **dix** : **1** Gestion des demandes reçues (hors candidatures) : membres, journalistes, sociétés savantes, non-membres (étudiants, chercheurs...) ; **2** Gestion des candidatures : réception et confirmation de celles-ci, inscription des candidatures à l'ordre du jour des séances, présentation et élection en séance ; **3** Gestion du listing des membres : rôle du secrétaire général adjoint en conformité avec le RGPD ; **4** Informations ou documents reçus : expositions et/ou conférences diverses, livres publiés, livres reçus par courrier ; **5** Informations diffusées aux membres : convocation aux séances, informations mensuelles ou autres ; **6** Mises à jour du site de la SFHM en accord avec la BIU-Santé, les responsables des publications et d'autres membres du bureau ; **7** Préparation et gestion des séances avec la rédaction d'une main courante de la réunion, transmise au secrétaire de séance qui rédige un compte-rendu de séance ; les candidatures à présenter, les informations générales, les livres reçus, les communications ; **8** Préparation des réunions du bureau, du conseil d'administration et de l'assemblée générale. Il s'agit d'établir et d'envoyer les convocations et les ordres du jour de ces instances de gouvernance ; de rédiger et de sauvegarder les procès-verbaux après approbation ; de rédiger et de sauvegarder le rapport moral annuel ; de préparer les élections des administrateurs à partir du mois d'octobre des années paires (demande de candidatures, rédaction et envoi par l'imprimeur des documents, réception des bulletins et décompte avec d'autres membres du bureau) ; **9** Aspects réglementaires : informations à donner à la Préfecture de Paris sur la vie de la SFHM qui nous vous le rappelons est reconnue d'utilité publique, ce qui lui impose de nombreuses contraintes administratives ; **10** Recherche, réservation et gestion du ou des lieux des séances, tâche bien ardue depuis que l'université Paris-Descartes ne nous accepte plus en sa salle des Conseils, dans laquelle une grande part de l'histoire de notre Société s'est faite.

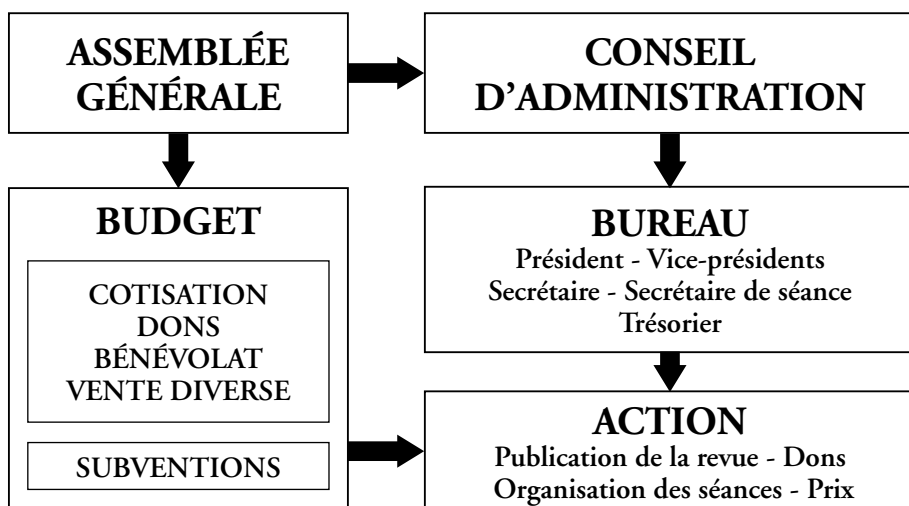
Depuis 15 ans, l'informatique a bouleversé la fonction du secrétaire général. Nous avons, sur ses conseils, essayé de mieux répartir les tâches : le

trésorier s'occupe maintenant de la gestion intégrale des cotisations, y compris des appels et des relances, et en certifie le paiement sur le listing ; quant au secrétaire adjoint, il a la charge de tenir constamment à jour ce listing.

Il nous reste à remercier le secrétaire général adjoint, le trésorier et mon prédécesseur actuellement vice-président, Philippe Albou, sur qui on peut toujours compter. Ce poste désigné par vote pour une durée de six ans nous permettra de travailler avec trois présidents très différents dans leur manière de présider.

Fonction du trésorier, par Jean-François Hutin

Le trésorier a un rôle clé dans l'association, mais finalement mineur, aussi je serais bref. En étroite collaboration avec le président et le secrétaire général, il est le garant d'une bonne gestion financière et de la bonne utilisation des fonds qui lui sont confiés au nom et pour le compte de l'association dont le fonctionnement est résumé sur ce schéma.



Les fonctions du trésorier, membre du bureau, dépendent des missions qui lui sont confiées par l'assemblée générale constituée par l'ensemble des membres qui a élu son conseil d'administration dont est issu le président (pour faire simple, le président, dans une association, c'est celui qui a toujours raison ...). Ce dernier, en faisant application du règlement intérieur, peut confier au trésorier certains pouvoirs par délégation, comme par exemple gérer les cotisations en collaboration avec le secrétaire général, Jacques Chevallier et le secrétaire général adjoint, Jean-José Boutaric, et effectuer les paiements. Le trésorier détient pour cela la signature sur les comptes

bancaires de l'association, seul ou avec le président, compte qui se trouve tenu par l'agence LCL du boulevard du général Leclerc à Paris depuis des temps historiques.

Concrètement, les fonctions du trésorier dépendent de la taille de l'association. Dans les associations de petite taille comme la nôtre, le trésorier est chargé d'élaborer : un compte de résultat simple ; un bilan, qui fait état du patrimoine à la date de clôture ; un rapport financier, expliquant la teneur des recettes ou produits, la nature et le montant des dépenses, leurs variations d'un exercice sur l'autre. Dans le cas général, aucun texte n'impose à une association de désigner un trésorier. Or, l'association régulièrement déclarée peut recevoir des dons ou des subventions, procéder à des acquisitions, employer du personnel, etc. Le trésorier, qui est censé être doté de compétences pour gérer les finances, fait face à plusieurs obligations comptables, sociales et fiscales comme régler des sommes dues aux organismes ou aux fournisseurs. Sur le plan du suivi administratif, il doit classer des pièces comptables, être en relation avec l'expert-comptable (Laurent Callon à Reims, pour d'évidentes raisons pratiques), et, s'il y a lieu, le commissaire aux comptes, ce qui n'est pas notre cas.

Il assure le suivi bancaire : gestion des encaissements ; état de rapprochement bancaire très régulier ; relations avec la banque. À propos d'encaissement : merci de bien remplir vos chèques ... Son rôle est surtout de préparer les comptes qui seront soumis à l'assemblée générale annuelle pour validation. Dans la mesure où le trésorier est membre de la gouvernance de la SFHM, il est mandataire de l'association et de son président. Par conséquent, il est solidairement responsable avec ce dernier envers l'association des dommages qu'il pourrait causer par sa faute ou sa négligence, entraînant un préjudice pour l'association qui doivent leur être personnellement imputables. Que cela n'effraie pas les candidats potentiels. Cela fait plus de dix ans que je suis trésorier aussi faut-il songer à la relève. Avis aux amateurs ...

Politiques éditoriales de la SFHM, par Pierre L. Thillaud

Le 29 janvier 1902, Raphaël Blanchard, grand initiateur de notre Société, décidait que celle-ci devait disposer d'un organe qui lui soit propre ... L'article 1 de ses Statuts stipulait dès lors que la SFHM : « *se propose en outre de publier un bulletin périodique contenant les actes officiels de la Société, les textes des procès-verbaux, les renseignements bibliographiques qu'elle aura réunis, et soit l'intégralité, soit le résumé des travaux qui lui auront été communiqués* ». Et le Règlement intérieur de préciser : « *La Société publie annuellement un Bulletin paraissant par fascicules trimestriels* ».

Depuis ces temps originels, trois périodes caractérisent cette politique éditoriale. De 1902 à 1942, le « *Bulletin de la SFHM* » est régulièrement publié. Survient ensuite une période assez chaotique. De 1945 à 1951, seules quatre livraisons d'un volume chacune sont servies sous le titre de « *Mémoires de la SFHM et de ses filiales* ». À partir de 1951, la Société perd son indépendance éditoriale, et c'est dans le cadre d'une entreprise commerciale, sous le titre « *Histoire de la médecine* », que quelques travaux de membres de la SFHM sont publiés. À compter de 1967, la SFHM recouvre son autonomie éditoriale avec la Revue « *Histoire des Sciences médicales* ». Cette revue que l'on doit à l'initiative d'André Pecker, est encore de nos jours l'organe officiel de la SFHM.

Si le titre de cette publication demeure, il faut bien admettre que les conditions de son existence ont été considérablement modifiées en plus de 50 ans. En 2014, alors que j'assurais les fonctions de président, j'ai été conduit à vous soumettre quelques orientations visant tout autant à tirer les enseignements des réalités sociale (baisse des adhérents) et financière (coûts d'édition) qui s'imposaient, qu'à vous proposer deux inflexions majeures dans la politique éditoriale de notre Société. Je vous proposais de publier la Revue selon un rythme annuel, tout en conservant un contenu conforme à l'article 1 de nos Statuts fondateurs. En contrepartie, je vous proposais la création d'une publication digitalisée dont la publication serait trimestrielle, qui me semblait ne présenter que des avantages, tant sur le plan des facilités offertes à de nombreuses illustrations en couleur, que sur le plan des commodités en termes de diffusion de nos travaux, et de pénétration d'un public nouveau susceptible de venir grossir nos rangs toujours plus clairsemés. Je dois admettre que ces perspectives nouvelles n'auraient pu se concevoir sans le très fidèle et très efficace soutien de Monsieur Cobolet alors conservateur et formidable animateur de la BIU-Santé.

Quelques temps plus tard le conseil d'administration accepta ces orientations qui furent approuvées par l'assemblée générale du 19 février 2019. La première livraison annuelle de la Revue au titre de 2019, qui se révélera très perfectible, marqua la fin d'une longue collaboration avec notre imprimeur-éditeur de Reims, Monsieur Maréchal.

La dernière livraison, celle de 2020, est bien plus aboutie. Elle inaugure une collaboration nouvelle avec un imprimeur de Tours : les Établissements Gibert-Clarey Imprimeurs. Compte-tenu des temps de crise sanitaire qui ont présidé à la conception et à la réalisation de ce volume, on ne peut qu'être satisfait du résultat. Cette appréciation est confortée si on veut bien considérer ce résultat en terme financier. Alors qu'en 2017 la Société

comptait 352 membres, la conception, l'impression, le brochage et le routage de quatre livraisons totalisant 500 pages nous coûtaient plus de 25 500 euros. Cette livraison 2020, tirée à 250 exemplaires comportant 300 pages, n'aura coûté que 7 000 euros, dont environ 1 500 euros réglés une fois pour toute, à titre des frais de maquettage initial. Plus de 72,5 pour cent d'économie sur ce poste d'édition papier, nous offre malgré la diminution sensible du nombre de nos membres, une réelle opportunité pour acquérir une réelle autonomie dans la maîtrise de notre espace Internet. Ainsi, on peut dire aujourd'hui que cette première orientation de notre nouvelle politique éditoriale est désormais bien engagée.

Le deuxième axe majeur de cette politique, la publication trimestrielle de la *e-SFHM* est également en bonne voie. Les onze livraisons servies depuis 2015, lui ont permis d'acquérir une certaine expérience, et de bénéficier de

4 Histoire des sciences médicales

Essai d'iconodiagnostic sur les portraits du Fayoum

A tentative iconodiagnosis of some Fayoum portraits

Dr Jacques Cheveller* et Pr Danielle Gourevitch†

*Travaux (programme (sauf indication) ont été réalisés à partir de documents disponibles sur internet et de qualité iconographique correcte. †Il s'agit d'un article de recherche. Tous les portraits sont sur supports de bois (sauf mention contraire).

Mer Méditerranée

BASSE

RÉSUMÉ

Les céphales et très nombreux portraits des momies du Fayoum sont les plus anciennes représentations peintes connues de visage (visage antérieur des visages (visage, nez, cheveux et poils, yeux, nez, bouche, oreilles), du cou et parties du visage et des traits du visage) en pied à nous à ce jour de l'histoire humaine. Un iconodiagnostic, réalisé pour la première fois de manière systématique, apporte des informations non négligeables à la connaissance de la médecine ancienne. Plusieurs pathologies sont ainsi suggérées qu'aucune n'est mise en évidence.

8 Histoire des sciences médicales

et Jean-Christophe Bailly ajoute : « Pisant pour l'été dans ses habits du dimanche, sous une société hiérarchisée mais amoureusement surface dans une fraîcheur et dans une spontanéité troubleuse ».

• **Les portraits**

Il existe deux types de supports : des plaques minces de bois (généralement acacia, cèdre, pin, érable, etc.) et des toiles de lin dont on devine parfois la trame. Les planchettes étaient souvent recouvertes d'une préparation de roux liquide finement broyé sur laquelle le peintre pouvait faire une esquisse. La toile de lin, pour les linéaires, était utilisée avec ou sans enduit aqueux. La plupart des portraits ont été exécutés à l'encaustique (ou chaux ou fécule) – usage grec ancien – plus rarement à la distemper (avec des couleurs solubles dans l'eau, et des agglutinants comme la résine, la gomme arabique ou le blanc d'œuf). Les deux techniques cohabitent parfois, peut-être pour varier les effets. La palette analysée par Fuchs et Dussan† est modeste : quatre couleurs de base (blanc, ocre jaune, rouge terre et noir).

e.sfhm. 2021/1 5

e.sfhm. 2021/1 9

Fig. 7. Femme
(Dyons, Musée des Beaux-Arts, CA 6, 9.80%)

Fig. 8. Jeune femme
(Berlin, Staatliche Museen, n. 54-70)

Fig. 9. Femme (Vierge, Égyptiennes)
Musées, n. 138-161)

Fig. 10. Aïeul
(Berlin, Staatliche Museen, n. 98-117, altimètre sur toile)

Fig. 1. Jeune femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 2. Femme en pied
(New York, Rogers Fund, 1902 (20. 181. 8), altimètre sur linoléum)

Fig. 3. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 4. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 5. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 6. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 11. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 12. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 13. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 14. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 15. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 16. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 17. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 18. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 19. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 20. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 21. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 22. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 23. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 24. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 25. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 26. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 27. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 28. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 29. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 30. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 31. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 32. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 33. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 34. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 35. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 36. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 37. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 38. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 39. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 40. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 41. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 42. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 43. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 44. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 45. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 46. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 47. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 48. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 49. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 50. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 51. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 52. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 53. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 54. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 55. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 56. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 57. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 58. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 59. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 60. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 61. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 62. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 63. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 64. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 65. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 66. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 67. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 68. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 69. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 70. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 71. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 72. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 73. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 74. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 75. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 76. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 77. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 78. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 79. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 80. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 81. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 82. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 83. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 84. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 85. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 86. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 87. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 88. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 89. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 90. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 91. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 92. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 93. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 94. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 95. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 96. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 97. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 98. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 99. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

Fig. 100. Femme
(New York, Metropolitan Museum of Art, n. 18.2)

retours élogieux. Cela étant, afin d'en garantir la qualité et la pérennité, cette dernière ayant été réaffirmée par une décision du conseil d'administration en septembre 2020, Philippe Albou, désormais en charge de sa destinée, vous proposera prochainement quelques pistes d'amélioration.

La séance est levée à 17h. L'incertitude des temps sanitaires, responsable d'une probable annulation de la séance commune avec la Société montpelliéraine d'histoire de la médecine organisée à la faveur de la célébration du 800^e anniversaire de la fondation de la faculté de médecine de Montpellier, les 5 et 6 juin prochains, ne permet pas de fixer la date de notre prochaine séance.

Compte rendu de la séance du 16 octobre 2021

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence du Dr Philippe Bonnichon, **en visioconférence** et **en présentiel**, le samedi 20 octobre 2021 à 14h30 dans l'auditorium Billaud de l'École de kinésithérapie de Paris. Membres excusés : D. Droixhe, P. Le Floch-Prigent, J.C. Léonard, J.F. Schuhl, A. Ségal.

1) Intervention du président, le Dr Philippe Bonnichon

Le président est heureux de la reprise « en présentiel » des séances après de si longs mois d'inactivité forcée et de visio-conférences, liés à la pandémie. Il informe l'assemblée de la tenue ce matin d'un conseil d'administration très fructueux, et annonce les dates de la sortie annuelle à Arbois, les 17 et 18 juin 2022, organisée localement par Philippe Bruniaux. Une réunion conjointe avec nos collègues néerlandais est en cours de préparation ; elle devrait avoir lieu en septembre 2023, à Amsterdam.

2) Livres reçus

Louis XIV, un souverain diabétique ou De Regis Gallicorum re medica par Françoise Guillon-Metz, Mélanie Guérin-Boyer, L'Harmattan, Paris, 2021, 215 p.

Victor Despeignes ou le premier traitement du cancer par rayons X par Nicolas Foray, Glyphe, Paris, 2021, 240 p.

3) Présentations de nouveaux candidats

Ludovic CALLENS est un ancien membre de notre Société qui habite

le Pas-de-Calais ; il souhaite la réintégrer. Le président décide que sa réintégration est effective sans nouvelle élection.

Le Dr Serge ROSOLLEN est docteur-vétérinaire, spécialiste en ophtalmologie, habilité à diriger des recherches et chercheur à l'Institut de la vision (Sorbonne Université/INSERM/CNRS). Il est archiviste de l'Académie vétérinaire de France et membre correspondant de l'Académie de médecine. *Parrains : Jean Dupouy-Camet et Jacques Chevallier.*

Le Dr Juan Carlos RIVERA est un chirurgien plastique de Strasbourg, d'origine équatorienne. Il s'est spécialisé en Argentine puis en France. Il s'intéresse à l'histoire de sa spécialité et a publié sur l'affaire Dujarrier et sur l'histoire des implants mammaires. *Parrains : Michel Germain et Philippe Bonnichon.*

Communications

Claude GAUDIOT, *L'assassinat de John Fitzgerald Kennedy : une autopsie bâclée ?* L'autopsie du corps du président J.F. Kennedy, malgré toutes les critiques a permis de faire un bilan des lésions provoquées par deux balles tirées par un tireur isolé. Elle a bien fourni des données régulièrement établies permettant de déduire des conclusions juridiquement exploitables.

Kees GRAAMANS, *L'œuvre de Hendrick Avercamp (1585-1634) : une interaction audiovisuelle ?* Beaucoup de choses sont connues sur l'ouïe et la vue, mais encore très peu sur l'interaction entre ces deux systèmes sensoriels. Qu'entend un aveugle, que voit un sourd ? Le rôle d'un handicap visuel sur l'œuvre de peintres a été largement décrit dans la littérature, mais l'impact d'une déficience auditive est encore inconnu. L'œuvre de Hendrick Avercamp (1585-1634), peintre de scènes d'hiver, offre une opportunité unique d'étudier un rapport éventuel entre la vue et l'ouïe. Nous avons fait une analyse colorimétrique à l'aide d'une matrice HSV des peintures de Hendrick Avercamp et de celles d'artistes contemporains spécialisés dans le même type de représentations. Cette étude révèle une nette distinction entre le travail de Hendrick Avercamp, atteint de surdité, et celui de ses collègues, qui dépeignaient les mêmes scènes avec probablement le même matériel. Notre étude de l'œuvre d'un peintre sourd montre qu'une approche historique permet de mieux comprendre l'interaction entre le fonctionnement des différents systèmes sensoriels. La recherche historique n'a rien perdu de son actualité et des problématiques plus récentes pourraient également en bénéficier.

Bardia SABET-AZAD, *Modernisation de la médecine en Perse, dans l'Empire ottoman et en Égypte. Esquisse d'une étude comparée*. Au XIX^e siècle, un grand nombre de pays de la Méditerranée et du Proche-Orient ont fait appel aux connaissances des Occidentaux pour reconstruire leur médecine. Dans la plupart des cas, l'acquisition des nouveaux savoirs n'est pas due à une diffusion spontanée, ni à l'évolution de la médecine classique mais résulte de l'action des pouvoirs politiques. L'histoire de la médecine en Perse, dans l'Empire ottoman et en Égypte montre, qu'en dépit de parcours différents, ces pays ont eu les mêmes besoins et ont appliqué les mêmes méthodes pour se moderniser.

Philippe BONNICHON, *Pierre Fidèle Bretonneau : vie privée, vie scientifique*. Pierre Fidèle Bretonneau fut l'un des précurseurs de la méthode anatomoclinique en France au début du XIX^e siècle. En analysant minutieusement les signes et les formes cliniques des maladies puis en les comparant aux lésions anatomiques rencontrées aux autopsies, il fit progresser considérablement la pensée médicale. Ainsi, il individualisa la typhoïde et la diphtérie de l'ensemble imprécis des fièvres. Ce Tourangeau de naissance et de cœur fut également l'auteur d'une littérature privée abondante qui, associée à une vie sentimentale tumultueuse, le métamorphosa rapidement en un personnage de légende. Cependant, des zones d'ombre persistent sur sa vie privée ou restent mystérieuses, en particulier sur sa jeunesse et sur les rapports avec ses deux épouses, la première âgée de 45 ans au moment de son mariage en 1801, et la seconde âgée de 17 ans en 1858.

La séance est levée à 17h. La prochaine réunion se tiendra en présentiel et en visioconférence, le samedi 20 novembre 2021, à l'École de kinésithérapie de Paris, 107 rue de Reuilly, 75002, Paris.

Compte rendu de la séance du 20 novembre 2021

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence du Dr Philippe Bonnichon **en visioconférence et en présentiel** le samedi 20 octobre 2021 à 14h30 dans l'auditorium Billaud de l'École de kinésithérapie de Paris.

Membres excusés : M. Roux-Dessarps, A. Ségal, J.F. Schuhl, H. Watier, J.B. Gzalaà.

1) Livres reçus

De la peste de Justinien à la covid-19 : histoire des infections à Lyon, sous la coordination du Pr Jean Freney, préface du Dr Jean-Christophe Rufin de l'Académie Française, Éditions Livres EMCC-J Didées, Lyon, 2021, 498 p. Plusieurs chapitres ont été écrits par des membres de notre Société : Tristan Ferry, François Renaud et Jacques Chevallier.

Prévenir, accueillir, guérir. La médecine des enfants de l'époque moderne à nos jours, sous la direction d'Emmanuelle Berthiaud, François Léger et Jérôme van Wijland, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2021, 342 p.

Louis XVIII et la médecine restaurée de la chute de l'Empire à l'Académie de médecine par Jacques Rouëssé, Fiacre, Paris, 2020, 156 p.

Pandémies. Des origines à la Covid-19 par Patrick Berche et Stanis Perez, Perrin, Paris, 2021, 522 p.

Augustin Cabanès (1862-1928) Clinicien de l'Histoire ou vulgaire anecdotier ? par Jean-François Hutin, Glyphe, Paris, 2021, 338 p.

2) Élections

Le Dr Serge ROSOLEN est docteur-vétérinaire, spécialiste en ophtalmologie, habilité à diriger des recherches et chercheur à l'institut de la Vision (Sorbonne Université/INSERM/CNRS). Il est archiviste de l'Académie vétérinaire de France et membre de l'Académie de médecine. *Parrains : Jean Dupouy-Camet et Jacques Chevallier*. Le Dr Serge Rosolen est élu à l'unanimité des présents.

Le Dr Juan Carlos RIVERA est un chirurgien plastique de Strasbourg, d'origine équatorienne. Il s'est spécialisé en Argentine puis en France. Il s'intéresse à l'histoire de sa spécialité et a publié sur l'affaire Dujarrier et sur l'histoire des implants mammaires. *Parrains : Michel Germain et Philippe Bonnichon*. Le Dr Juan Carlos est élu à l'unanimité des présents.

Communications

Jean-François HUTIN, *L'original docteur Gustave Witkowski (1844-1923)*. Cette communication évoque la vie du docteur Gustave Witkowski (1844-1923), médecin misanthrope, accoucheur misogyne, mais aussi écrivain, anecdotier, journaliste, médecin de théâtre, historien de la médecine, spécialiste de l'histoire de l'accouchement et de l'allaitement, vulgarisateur, notamment dans l'enseignement de l'anatomie, inventeur méconnu, et surtout polémiste, s'opposant avec virulence, mais non sans humour, à son contemporain, Augustin Cabanès (1862-1928), sur des sujets de « médecine

historique » dont ce dernier s'était fait le chantre. *Interventions de Francis Trépardoux, Pierre Thillaud.*

Patrick BERCHE, *John Lykoudis, un pionnier incompris de la découverte de l'origine infectieuse des ulcères et gastrites.* Le Dr John Lykoudis (1910-1980) fut un pionnier incompris et méconnu de la découverte de l'origine infectieuse des ulcères et des gastrites. Ce médecin généraliste grec exerçant à Missolonghi, une petite ville de Grèce, a découvert à la suite d'une expérience personnelle, l'efficacité des antibiotiques contre les ulcères gastroduodénaux et les gastrites. Il a traité avec succès près de 30 000 patients en utilisant des antibiotiques et des antiseptiques non absorbés par le tube digestif. Il s'est heurté aux dogmes de l'absence de bactéries dans l'estomac et du rôle largement accepté par la communauté médicale de l'hyperacidité gastrique et du stress dans la genèse de ces pathologies gastriques. Son rôle tombé dans l'oubli a été reconnu par Robin Warren et Barry Marshall, lauréats du prix Nobel de médecine 2005, pour leur découverte du rôle de *Helicobacter pylori* dans les gastrites et les ulcères gastroduodénaux. *Interventions de Michel Germain, Pierre Thillaud, Jacques Rouëssé, Jacques Battin, Philippe Bonnichon.*

Jacques CHEVALLIER, *Le musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis, source d'inspiration du Pr Photinos à Athènes.* L'hôpital Saint-Louis de Paris devint dès 1801 le berceau de la dermatologie française. Charles Lailier découvrit en 1863 un extraordinaire mouleur : Jules Baretta (1834-1923) à l'origine d'un premier musée créé par Alphonse Devergie en 1867. Un nouveau musée fut inauguré le 5 août 1889, lors du Premier congrès international de Dermatologie. La collection de moulages comprend aujourd'hui 4807 pièces : ce sont à la fois des objets d'art et d'enseignement de la dermatologie. Jules Baretta, « le prince des mouleurs » réalisa à lui seul environ 3 500 pièces mais refusa toujours de dévoiler les détails de sa technique. Plus de 60 universités conservent aujourd'hui plusieurs dizaines de milliers de moulages dermatologiques. Le médecin grec George Photinos (1876-1958) voyagea en Europe pour parfaire son éducation dermatologique, notamment à Paris, entre 1902 et 1905 où il a été l'élève de Raimond Sabouraud à l'hôpital Saint-Louis. Il y a rencontré Jules Baretta et sa technique fabuleuse mais malheureusement ne pourra en connaître les secrets. C'est à Berlin, chez Oskar Lassar qu'il sera initié à la technique du moulage par Heinrich Kasten. De retour à Athènes, il sera rapidement le premier professeur de dermatologie et de syphilologie. Le premier hôpital d'Athènes spécialisé en dermatologie et vénérologie date de 1910 par la volonté d'Andreas Syggros (1830-1899) : George Photinos

en sera le premier directeur. En 1912, il crée le musée des moulages, dans un but également d'enseignement, qui comprend aujourd'hui 1660 pièces. *Interventions de Pierre Thillaud, Jacques Rouëssé, Jean-François Hutin, Tenis Van, Philippe Bonnichon, Teunis Willem Van Heiningen.*

Jacques ROUËSSÉ, *La création de l'Académie de médecine par Louis XVIII, son premier président, son premier secrétaire perpétuel.* C'est à Louis XVIII que l'on doit la création de l'Académie de médecine. Homme de son époque, conscient des bouleversements de la Société mais attaché à la tradition monarchique sans laquelle il n'est rien. C'est un homme « éclairé », intéressé par la Science et conscient que le Paris qu'il retrouve après 23 ans d'exil, est rempli de médecins d'une qualité exceptionnelle. La Révolution avait détruit toutes les sociétés savantes le 9 août 1793 : dont l'Académie royale de chirurgie et la Société royale de médecine. En 1795, avec la création de l'Institut de France et ses cinq Académies il n'avait pas été prévu de les remplacer. Sous la Restauration, le gouvernement se soucie de la création d'une structure complémentaire des trois Facultés de médecine, de Paris, Montpellier et Strasbourg, structure qui pourrait donner des avis au gouvernement concernant la Santé publique tant en ce qui concerne les épidémies, les campagnes de vaccination, les autorisations de médicaments la formation des soignants et le contrôle de leur exercice, sans compter la chasse aux charlatans. Créée par une ordonnance royale du 20 décembre 1820 complétée par une autre datée du 27 décembre de la même année nous traçons ici le portrait de son premier président Antoine Portal, anatomiste, et de son premier secrétaire perpétuel Étienne Pariset, aliéniste, épidémiologiste, écrivain. Deux riches personnalités qui firent beaucoup pour la mise en route de l'Académie de médecine.

La séance est levée à 17h 30. La prochaine réunion se tiendra en présentiel et en visioconférence, le samedi 18 décembre 2021, à l'École de kinésithérapie de Paris, 107 rue de Reuilly, 75002, Paris.

Compte rendu de la séance du 18 décembre 2021

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence du Dr Philippe Bonnichon **en visioconférence et en présentiel** le samedi 18 décembre 2021 à 14h30 à l'Académie nationale de chirurgie, 15 rue de l'École de Médecine, Paris.

Le président remercie le Pr Philippe Marre d'avoir bien voulu recevoir la

SFHM dans ses locaux chargés d'histoire. Le président Marre dans une allocution de bienvenue informe les membres présents que l'Académie négocie depuis près de huit ans un déménagement pour retrouver l'amphithéâtre d'anatomie de St Côme et de St Damien, 5 rue de l'École de médecine.

Membres excusés : V. Callot, J. Rouëssé, P. L. Thillaud

Élection

Le Dr Hubert DÉCHY, de Louveciennes, est neurologue et interniste. Il est l'auteur de trois livres d'histoire de la médecine : une biographie de Joseph Babinski, une autre d'Alfred Velpeau et un *Petit dictionnaire des maladies et signes éponymes*, bilingue franco-anglais. Il a écrit aussi de nombreux articles, notamment sur Pasteur. *Parrains : Olivier Walusinski et Jacques Poirier*. Le Dr Hubert Déchy est élu à l'unanimité des présents.

Communications

Philippe MARRE, Président de l'Académie nationale de chirurgie, *Les théâtres d'anatomie*. Le chirurgien est un médecin qui soigne avec ses mains. Il est resté longtemps confondu avec les barbiers et méprisé des médecins s'estimant plus savants et s'exprimant en latin. C'est avec la reprise au XV^e siècle en Italie du nord de l'étude de l'anatomie et des dissections de cadavres abandonnées au III^e siècle par l'école d'Alexandrie qui déjà les confrontait à la réalité, que les chirurgiens développèrent leur esprit scientifique et prirent progressivement au XVIII^e siècle l'ascendant sur les médecins. La création de l'Académie royale de chirurgie avec le soutien de la faveur royale en sera la manifestation majeure. La chirurgie et l'anatomie furent enseignées en Europe du XVI^e au XIX^e siècles dans les « théâtres d'anatomie » dont quatre exemples subsistent à Paris. Cet enseignement enrichit celui des auteurs gréco-romains conservé par les auteurs arabes et perses et transmis par les auteurs byzantins. Il fut à l'origine d'une diffusion de la démarche scientifique à l'ensemble de l'art médical au début du XIX^e siècle avec la méthode anatomoclinique. *Interventions de Jacques Battin, Philippe Goudal*.

Benoît VESSELLE, *L'histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle*. L'auteur relate l'histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle dont le développement prend son essor à partir du XVII^e siècle. L'utilisation de nouveaux matériaux, l'apparition de nouvelles technologies au cours des siècles, couplées au génie inventif de certains et à l'accroissement des besoins dus aux

conséquences des guerres et d'épidémies ont abouti à la création de cette aide technique performante au service des personnes en situation de handicap. *Interventions de Jacques Battin, Philippe Goudal, Jean-François Hutin.*

Monique DEBUS KEHR, *Moi, Jean Joseph Reisser, Docteur en médecine à Thann (1750-1816)*. Le docteur Jean Joseph Reisser (Thann, 1750-1816) a laissé un manuscrit inédit dans lequel il relate son art de soigner. Animé d'une volonté opiniâtre de guérir ses malades, il recourt tant à son expérience qu'à son savoir académique. Il privilégie l'observation des symptômes, détermine les causes de la maladie en tenant compte de la complexion et des antécédents médicaux des malades. Il ordonne des médications composées issues de la pharmacopée universelle (plantes, produits d'origine animale et minérale) et relevant aussi de nouveautés, comme la chimie. Les remèdes sont ingérés sous forme de poudre, de décoctions, de sirops, de mixtures, d'émulsions, etc. Les régimes alimentaires, les bains et les interventions directes sur le corps complètent ses prescriptions. À ses yeux, la maladie n'est plus la marque de la prédestination, mais relève d'un déséquilibre qu'il s'agit de corriger. Héritier du siècle des Lumières, le docteur Reisser fonde sa pratique médicale sur une approche pragmatique empreinte d'une grande humanité. *Interventions Philippe Bonnichon, Benoit Vesselle.*

Jean-Marie GILGENKRANTZ, *Paul Signac, sa vie privée, amylose héréditaire dans sa descendance*. L'analyse de la vie privée de Paul Signac révèle l'existence, dans sa descendance, d'une anomalie génétique, transmissible en dominance : l'amylose à transthyrétine. Alors qu'il est marié à Berthe Roblès, une liaison avec Jeanne Selmersheim, mère de trois enfants, sera à l'origine de la naissance d'une fille, Ginette qu'il parviendra à adopter officiellement. Ginette Signac aura une fille Françoise et une petite-fille Charlotte qui publiera en 2019 un livre dans lequel elle indique que sa mère, sa grand-mère et son arrière-grand-mère ont, toutes trois, été atteintes de cette maladie génétique responsable de leur décès. Elle-même décidera d'effectuer un test prédictif qui lui révélera qu'elle en est également porteuse. Les travaux en cours laissent espérer la possibilité d'un traitement. *Interventions Jacques Battin, Michel Germain.*

La séance s'est achevée à 17 heures 30. La prochaine réunion se tiendra le lundi 15 janvier 2022 au Musée du Quai Branly-Jacques Chirac à Paris, en hommage au Pr Danielle Gourevitch.

Prix commun d'histoire de la médecine ANM-SFHM

En 2014, la Société Française d'Histoire de la Médecine s'est accordée avec l'Académie Nationale de Médecine pour décerner chaque année un prix d'Histoire de la Médecine. Désormais bien établi, ce prix vient de faire l'objet d'une convention précisant les conditions de son attribution.



CONVENTION

Entre les soussignées

Académie nationale de médecine (ANM)
16 rue Bonaparte – 75006 Paris
représentée par son Secrétaire perpétuel, Jean François Allilaire

d'une part

et,

la Société Française d'Histoire de la Médecine (SFHM)
12 rue de l'Ecole de Médecine – 75006 Paris
représentée par son Président, Philippe Bonnichon

d'autre part

Un prix dénommé « Prix d'histoire de la médecine de l'Académie nationale de médecine (ANM) et de la Société française d'histoire de la médecine (SFHM) » est proposé chaque année pour récompenser un ouvrage d'histoire de la médecine publié en langue française dans l'année précédant le millésime du prix et jusqu'au 15 février de l'année en cours. Il est cofinancé par ces institutions à hauteur de 500 € pour chacune d'entre elles.

Sa publicité est assurée par le site de l'ANM qui mentionne que les candidatures doivent parvenir au secrétariat chargé des prix du lundi 15 novembre de l'année précédant le millésime du prix au mardi 15 février suivant.

Chaque candidat (auteur ou éditeur) devra remettre au secrétariat chargé des prix deux exemplaires de son ouvrage destinés aux rapporteurs désignés par chacun des deux partenaires organisateurs du Prix (un ouvrage par rapporteur).

L'admission des ouvrages candidats au prix est décidée, par tout moyen, d'un commun accord entre les partenaires organisateurs du prix.

Les rapporteurs doivent remettre leur rapport au secrétariat chargé des prix dans les 60 jours suivant leur affectation à cette tâche.

Le jury, composé de 5 membres de la SFHM et de 5 membres de l'ANM, est nommé au plus tard le 31 mars. Les rapporteurs sont membres du jury.

Le jury délibère dans le cadre d'une stricte parité de vote entre les 5 membres présents ou représentés de chacun des partenaires organisateurs du prix, lors de la réunion du jury des prix de médecine de l'ANM (un mercredi après-midi de septembre), la date étant fixée par l'ANM. Dans la mesure du possible, l'horaire du jury paritaire ANM/SFHM est fixé au terme de cette réunion (16 h par exemple) pour libérer les autres membres du jury des prix de médecine.

La remise du prix a lieu lors de la séance solennelle de l'ANM en décembre en présence d'un représentant de chacune des deux parties.

Fait à Paris, le 17 novembre 2021

En deux exemplaires originaux, un exemplaire étant remis à chacune des parties.

Jean François Allilaire,
Secrétaire perpétuel de l'ANM

Philippe Bonnichon,
Président de la SFHM

L'épidémie de choléra de 1832. Une hypothèse sur la mort de Casimir Perier

*The 1832 Cholera.
A hypothesis on the death of Casimir Perier*

par Jean-Pierre LUAUTÉ* & Olivier SALADINI**

La mort de Casimir Perier, le président du Conseil, aux premiers jours de l'épidémie de choléra de 1832 frappa les esprits et fut à l'origine d'une violente polémique entre le célèbre François Broussais qui avait dirigé les soins et Jules Guérin, le directeur de la *Gazette médicale de Paris*, qui relayait l'opinion du plus renommé des aliénistes de l'époque le Dr Jean-Étienne Dominique Esquirol. L'hypothèse d'une catatonie maligne sera proposée. Elle s'appuie sur les connaissances actuelles concernant ce concept et sur une enquête généalogique à partir de documents d'époque.

L'arrivée du choléra à Paris, Casimir Perier atteint

L'arrivée à Paris de la pandémie de choléra ou du choléra-morbus (comme on l'appelait à l'époque) ne fut pas une surprise. Dès janvier 1831, l'Académie de médecine s'était emparée du sujet et Casimir Perier,

Séance du 20 février 2021

* 25, rue de la République, 26100 Romans.

** CMP, 47, avenue Émile Zola, 26100 Romans.



Fig. 1 - Le duc d'Orléans visitant les malades de l'Hôtel-Dieu pendant l'épidémie de choléra, en 1832. Casimir Perier est à ses côtés. Tableau d'Alfred Johannot, 1832 (Musée Carnavalet, Paris). Il a été commandé au peintre par Louis-Philippe qui voulait un pendant au tableau de Gros : Bonaparte visitant les pestiférés de Jaffa.

devenu président du Conseil et ministre de l'Intérieur, avait demandé l'envoi de missions d'étude. Après un passage en Angleterre, le choléra arriva à Paris¹ où les quatre premiers cas furent enregistrés le 26 mars 1832, cinq jours plus tard, 300 personnes étaient atteintes². Afin de montrer sa compassion Louis-Philippe voulut rapidement se rendre auprès des malades et sur les conseils de Casimir Perier délégua son fils aîné, le duc d'Orléans lequel, le 1^{er} avril, se rendit avec Perier à l'Hôtel-Dieu (Fig. 1). Accompagnés de leur suite, ils visitèrent les deux salles où étaient entassés malades et mourants (une douzaine moururent sous leurs yeux).

Il est rapporté qu'aux portes de l'hôpital, Perier aurait tenté de convaincre le Prince de ne pas entrer ce qui lui avait valu la réplique : « Quand le vin est tiré, il faut le boire » et qu'à la sortie il s'était empressé de demander des sels. Casimir Perier tomba malade le 5 avril et, dès le 7 *Le Journal des débats* écrivit qu'il avait présenté « des symptômes tels qu'il n'a plus été possible de méconnaître le choléra-morbus ».

Qui était Casimir Perier ?

Casimir Perier, né en 1777, était le quatrième fils d'un homme d'affaires fortuné et entreprenant Claude Perier dit Perier-milord^{3,4}. Après la mort de son père, il participa avec ses frères (il était particulièrement proche de son frère aîné Scipion) au développement des affaires héritées (banques, industrie, transactions immobilières) et ils les firent prospérer.

Il se maria en 1805 à Grenoble avec une riche héritière dont il aura deux fils (l'aîné, Auguste, obtiendra de porter le nom complet de son père comme patronyme).

Casimir Perier se lança dans la politique et se fit élire député en 1817 ; il poursuivra sa carrière comme simple député sans interruption pendant treize années et, de 1827 à 1830, il devint la figure de proue de l'opposition libérale.

Ses qualités, connues de tous, faisaient de lui un homme presque providentiel dans la situation critique où se trouvait le régime après l'échec de la politique menée par le banquier Lafitte. Se sentant malade, Perier refusa longtemps le poste de président du Conseil. Le Roi Louis-Philippe dut même le supplier et le 13 mars 1831, il accepta dans l'intérêt supérieur du pays tout en faisant au comte de Ségur cette prédiction : « Vous le voulez, vous m'y forcez, eh bien ! j'accepte ! mais sachez-le bien vous me tuez [...] Oui, avant un an j'aurai succombé ! »

Casimir Perier et François Broussais

Il est difficile de savoir à quand remontent les relations entre les deux hommes et quel était leur degré d'intimité. En tout cas, François Broussais (1772-1838) était un opposant à la Restauration et proche des libéraux et l'une des premières décisions que prendra Perier comme président du Conseil fut de créer pour Broussais une chaire de pathologie générale et de thérapeutique⁵. C'est sûrement grâce à cette faveur du président du Conseil que Broussais avait pu rédiger des instructions qui furent envoyées aux préfets dans lesquelles le « traitement physiologique » était fortement conseillé.

Quand Casimir Perier fut atteint par le choléra, on fit immédiatement appel à Broussais qui évinça Edouard Emery, le médecin traitant de Perier depuis 20 ans.

Principe des soins mis en œuvre par Broussais

Dans les deux éditions de son ouvrage⁶ de 1832, F.J.V. Broussais après avoir estimé que le choléra-morbus était une gastro-entérite et une maladie

« éminemment inflammatoire », préconisait l'application de sa méthode physiologique, c'est-à-dire du traitement antiphlogistique : diète, moyens émoullissants et rafraichissants à l'intérieur du corps, moyens excitants à l'extérieur (bains, vapeurs, frictions) et surtout déplétion sanguine.

Selon Jules Guérin (*cf infra*), Broussais fut l'unique responsable des soins du 6 au 17 avril et ceux-ci consistèrent en saignées et poses de sangsues (Broussais lui aurait tiré trois livres de sang).

L'ouvrage de Broussais, dans sa première édition, comprenait une note occupant le bas de la page 140 et la presque totalité de la page 141 sur le cas d'un « personnage éminent » (il s'agissait de Casimir Perier) dont l'évolution lui avait confirmé la nécessité d'une abstinence alimentaire totale avec, en son absence, un risque d'atteinte cérébrale. Il reconnaissait d'abord qu'il avait concédé « du bouillon de poulet et vermicelle » mais que, quand il s'ensuivit « une congestion du cerveau avec délire et violente agitation » il avait exigé la diète. Or, malgré ses recommandations, on avait autorisé le malade à s'alimenter, il désignait ainsi le consultant qui avait été appelé au moment de la survenue du délire (Esquirol on le verra) lequel *voulait soutenir les forces*. Quand il se fut retiré, ajoute Broussais, « l'abstinence fut continuée et au bout de 48 h révolues, l'agitation et le délire avaient cessé. Il restait un sommeil tenant un peu de l'état comateux » (sic). Broussais dit ignorer ce qu'il adviendra de la maladie (il a arrêté son récit à la date du 13 mai) car il y a toujours « inappétence, diarrhée, état fébrile ».

Réquisitoire de Jules Guérin

Dans son ouvrage⁷, Jules Guérin explique dès « l'Avertissement » que Broussais, ayant « abusé de sa position scientifique au mépris de la justice et de la vérité » il s'était fait, avec les collaborateurs de sa revue⁸, « une loi de lui résister ». Reprenant dans le détail l'histoire de la maladie de Casimir Perier, Guérin décrit à partir du 13 avril un délire avec grande exaltation d'idées et de sentiments puis agitation, attaques tétaniques, opisthotonos. C'est dans ces conditions, et parce que Broussais « craignait d'assumer une trop grande responsabilité », qu'on fit appel à Esquirol (Guérin tout au long de l'ouvrage sera son porte-parole).

Le collègue médical se constitua peu à peu, il comprenait aux côtés de Broussais père, son fils Casimir, Lacorbière et Lagnyer puis les « médecins consultants » Emery (médecin-traitant habituel) et Esquirol à partir du 22 avril. L'évolution sera marquée par des alternatives de lucidité où le malade se disait perdu et de périodes d'hébétude, de refus de parler

avec regards inquiets, soupçonneux, entrecoupées de cris, de chants, de balancements du corps.

Esquirol de plus en plus réticent à suivre la méthode de Broussais dont il constatait l'effet débilisant sur le malade recommandait en conséquence de s'abstenir de toute évacuation sanguine et de nourrir le malade plus substantiellement. N'étant pas écouté, il décida, au bout de onze jours de se retirer et fut suivi par Emery, mais il assista à l'autopsie, et en signa le compte-rendu. Guérin en décortiquant, au jour le jour, l'histoire de la maladie et du traitement fit porter sur Broussais – « au tribunal de la Science et de l'opinion publique » – l'entière responsabilité du décès. Pour lui, (et pour Esquirol) Casimir Périer était en réalité atteint d'une affection cérébrale essentielle.

Réponse de Broussais

Dans la deuxième édition, publiée après le décès de Casimir Perier et qui est une tentative de réponse aux virulentes critiques de Guérin et de ses collaborateurs, Broussais revint pages 204-205 sur sa version du délire qu'il considérait toujours comme le résultat de « l'influence des vices gastriques sur l'encéphale ». Nous ajouterons à ce plaidoyer *pro domo*, la relation de la maladie et des soins faite dans une lettre au *Journal des débats* du 22 mai par Casimir Broussais et Lacorbière. Ils reprirent la version de Broussais-père depuis le début par « un violent choléra-morbus » jusqu'à l'apparition d'un délire qui avait fait craindre une inflammation du cerveau. En raison de cette « complication à laquelle se rattachait une raison d'État » on fit appel à M*** (Esquirol) qui jugea le phénomène nerveux et le délire « essentiel ». Ses directives thérapeutiques étaient à l'opposé de celles jusque-là mises en œuvre puisqu'il recommandait de soutenir les forces du malade par l'alimentation et de déterminer, au moyen de purgations de calomel, une irritation de l'estomac et des intestins de façon à déplacer l'irritation de la tête^{9,10}.

L'ouverture du corps de Casimir Perier

Casimir Perier mourut le 16 mai et « l'autopsie cadavérique » eut lieu le lendemain, en présence d'un aréopage de médecins. Du compte-rendu exhaustif qu'en donne Jules Guérin, nous extrayons la conclusion : « Il résulte de tous ces faits, que la mort nous a paru avoir été occasionnée par les lésions observées dans les diverses parties du tube digestif ». Suivent les noms des dix signataires : Spurzheim, Husson, Marjolin, Esquirol, Bourdios, Casimir Broussais, Lacorbière, Gaubert, François Broussais, Emery, docteurs

en médecine. Esquirol avait signé mais pas Emery dont on aurait porté indûment le nom selon Guérin. Ce dernier estima que cette signature était « l'argument le plus décisif en faveur de M. Broussais » mais il en dénia la valeur comme clé du diagnostic. Pour Guérin, une congestion intestinale avait pu s'opérer quelques jours ou quelques heures avant la mort.

Nous renvoyons à un ouvrage récent¹¹ sur le « tournant épistémique » que constitua la non-ouverture du cerveau qui fut remplacée par son moulage à des fins de diagnostic phrénologique (par Spurzheim, le successeur de Gall). La monarchie de Juillet qui vit s'effondrer la doctrine physiologique après le fiasco du traitement de Casimir Perier devint « l'âge d'or » de la phrénologie et Broussais fut son ardent défenseur !

Deux opinions opposées

On résumera de la façon suivante les positions de Broussais (et de ses partisans, dont ses fils) et de Guérin/ Esquirol. Pour Broussais, l'affection du cerveau « n'était point idiopathique et elle n'existait que sous l'influence d'une gastro-entérite aiguë déterminée par le choléra » et ainsi, il refusait formellement que « l'homme célèbre et éminent [...] ait jamais été affecté de folie ». Guérin/Esquirol concédaient certes la possibilité au début d'une « cholérine », (une forme mineure de choléra) mais en déclarant qu'elle avait été rendue fatale par les soins inappropriés de Broussais. Ils estimaient surtout que le défunt avait été atteint d'une « maladie cérébrale essentielle » faisant valoir à ce sujet, l'existence d'antécédents personnels et familiaux (*cf infra*).

La réalité du choléra de Casimir Perier a été sérieusement mise en doute par des auteurs récents, par Piquemal¹² : « il ne paraît pas sûr qu'il y ait eu au départ un choléra même léger » et même été niée par Wolff³ en raison de la trop longue durée de la maladie. Pour notre part, nous pensons que le choléra était très probable¹³ et nous proposons une hypothèse expliquant son évolution fatale par l'intermédiaire d'une catatonie maligne qui avait pris le relais. Cette hypothèse, qui ne pouvait pas être soulevée à l'époque, concilie, en quelque sorte, les points de vue de Broussais et de Guérin/Esquirol.

Hypothèse sur le décès de Casimir Perier : une catatonie maligne

Historique du concept de catatonie (et de confusion mentale)

En 1874, Kahlbaum¹⁴ isola une maladie autonome caractérisée par une « folie de tension musculaire » auquel succédait une « agitation pathétique » avec « verbigération ». Cette conception fut critiquée en 1888 par Séglas et

Chaslin pour qui il s'agissait d'un syndrome¹⁵. Mais la fortune de la catatonie fut d'être considérée pendant des décennies, à la suite de Kraepelin comme une forme clinique de démence précoce puis par Bleuler comme une forme de sa schizophrénie. Cette association systématique à la schizophrénie était cependant remise en cause par des cliniciens avisés tel Henri Ey demandant que « l'on se débarrasse, une fois pour toutes, de ce préjugé ». Cette remarque apparaît non pas dans son étude n° 10 sur *La catatonie*¹⁶ mais dans l'étude n° 24 intitulée *Confusion et délire confuso-onirique*¹⁷. Notons ici que la confusion mentale a été définitivement isolée encore plus tardivement que la catatonie puisque c'est en 1892/1895 que Chaslin présenta sa célèbre synthèse¹⁸. Il en faisait une affection primitive idiopathique, tout en lui reconnaissant des formes secondaires (à d'autres pathologies mentales) et des formes symptomatiques (à des étiologies organiques dont les maladies infectieuses). Cependant, comme il a été précisé par Th. Haustgen¹⁹, Chaslin revint en 1914 sur sa conception initiale d'une maladie idiopathique pour en faire un syndrome dont l'étiologie était organique.

Ey de son côté, dans son étude n° 24, poursuivant l'histoire de la confusion mentale après Chaslin, lui adjoignit un cadre clinique bien oublié : « le délire aigu » (il en faisait une confusion maligne) et celui encore plus obsolète dénommé « encéphalite aiguë azotémique » ; enfin il incluait dans cette étude des « formes de stupeur et d'agitation confusionnelle catatonique ». Avec ces remarques, nous soulignons la proximité qui existe entre confusion mentale grave et catatonie. Telle avait été l'opinion de P. Lôo et al. dans un mémoire publié en 1975²⁰. Ils y soulevaient l'hypothèse du stress comme réaction non spécifique à diverses agressions atteignant le système nerveux.

Les travaux qui ont abouti aux classifications officielles (les DSM) ont eu plusieurs mérites : d'abord en démontrant à partir des années 1970 la prévalence des troubles de l'humeur, et notamment de la manie, dans les étiologies psychiatriques les plus fréquentes de la catatonie, Ainsi pour le DSM-IV et IV-TR (1994-2000) la catatonie *spécifiait* de tels troubles. Ensuite, en raison du regain d'intérêt récent porté à ce concept – pour nous éminemment neuropsychiatrique²¹ – en reprenant et systématisant en 2013 dans le DSM-V sa description clinique²².

Éléments du diagnostic

Il est clinique et s'appuie sur les trois grandes catégories de symptômes : moteurs, comportementaux et neurovégétatifs. Les signes moteurs, sont soit spontanés soit provoqués, (Tab. I). Les signes comportementaux de dépendance à l'environnement sont soit des comportements d'imitation

(écho-phénomènes) : écholalie et échopraxie, soit des comportements d'utilisation : grasping, persévérations. Quant aux signes neurovégétatifs, ils signent la gravité du syndrome catatonique (anomalies de la température, de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque) et peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Une forme clinique a retenu notre attention : la catatonie maligne. Décrite à partir des années 1930²³, cette forme potentiellement létale de catatonie consiste en l'apparition d'un tableau clinique somatique grave comportant : instabilité hémodynamique avec hypotension et tachycardie et syndrome dysautonomique avec fièvre et hypersudation pouvant conduire au coma et au décès dans 10 à 20 % des cas. Certains auteurs ont fait du syndrome malin des neuroleptiques (SMN) une forme clinique de catatonie maligne et il est supposé une pathogénie commune.

Étiologies

Au-delà des causes psychiatriques au premier rang desquelles on trouve les troubles de l'humeur (dépression et manie), le champ des étiologies s'est élargi récemment (DSM-V) avec l'individualisation d'une « catatonie maladie » d'origine indéterminée (dont l'avenir dira si elle a une réalité).

Les causes « organiques » représentent 20 à 30 % des syndromes catatoniques²² et sont très diverses : neurologiques, infectieuses, endocriniennes, paranéoplasiques, désordres hydroélectrolytiques, carences vitaminiques, intoxications médicamenteuses, etc.

Hypothèses physiopathologiques

On trouve dans l'étude n° 10 d'Henri Ey¹⁴ au chapitre pathogénie, une revue exhaustive de toutes les hypothèses soulevées à l'époque. Nous y ajoutons celle, initiée par Rosen²⁴ et développée par Gallup et Maser²⁵ qui partant du souvenir des patients d'avoir été « terrifiés avec incapacité de bouger », ont assimilé le phénomène à celui des animaux paralysés par la peur. La catatonie correspondrait de ce point de vue à la persistance d'un réflexe archaïque²⁶. Cette hypothèse a été confortée par des études en imagerie fonctionnelle montrant l'influence du cortex orbito-frontal latéral dans l'inhibition des régions amygdaliennes et du système mésolimbique en cas d'émotions « négatives » (peur) perçues par le patient.

En 2003 nous avons fait²⁷, prolongeant l'hypothèse de P. Lôo et al.²⁰, la proposition que la catatonie maligne pouvait être un *syndrome aigu de stress*. C'est cette même hypothèse que nous soulevons à propos de la mort de Casimir Perier.

Arguments en faveur d'une catatonie maligne

La symptomatologie des troubles présentés par Casimir Perier est compatible avec le diagnostic (voir le Tableau I pour la présence des signes moteurs) ; quant au caractère malin un argument serait la persistance de la fièvre qui était encore notée avant le décès. L'étiologie infectieuse (le choléra) est aussi compatible et si nous avons choisi le diagnostic de catatonie plutôt que celui de confusion mentale à forme catatonique, c'est en raison de la fréquence des troubles de l'humeur au cours de la catatonie proprement dite, troubles que l'on retrouve chez Casimir Perier et chez d'autres membres de sa famille.

Troubles moteurs de la catatonie (DSM-V)

1. Catalepsie : maintien contre la gravité de postures imposées par l'examineur
2. Flexibilité cireuse : résistance légère et constante à la mobilisation passive exercée par l'examineur
3. Stupeur : absence d'activité psychomotrice, pas d'interaction avec l'environnement
4. Agitation, non influencée par des stimuli externes
5. Mutisme : absence ou quasi-absence de réponse verbale (exclure si aphasie connue)
6. Négativisme : opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs
7. Prise de posture : maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément
8. Maniérismes : caricatures d'actions ordinaires empreintes de bizarrerie, de solennité
9. Séréotypies : mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents
10. Expressions faciales grimaçantes
11. Écholalie : répétition des paroles de l'examineur
12. Échopraxie : reproduction des mouvements de l'examineur

Tableau I - *Les signes moteurs de la catatonie d'après le DSM-V.
Il en faut trois sur douze. Ceux relevés chez Casimir Perier ont été soulignés.*

Personnalité et antécédents personnels chez Casimir Perier

Les qualités de Casimir Perier étaient bien connues de ses contemporains. On lui reconnaissait³ une nature fouguese, le goût de la controverse et, dans ses fonctions, le respect scrupuleux de la légalité, l'horreur du mensonge et de la duplicité, une dénonciation incessante des fraudes et irrégularités. Wolff³ fait remonter à 1826 un premier épisode d'allure pathologique où, Perier ayant reconnu à la suite d'une réplique qu'il s'était écarté du sujet, avait quitté la tribune en proie à une vive agitation. En 1827 on dispose d'une lettre de son frère Amédée²⁸ lui enjoignant de se soigner et de ménager sa santé, Casimir souffrait alors de l'estomac et il va effectivement

abandonner la Chambre, voyager et faire une cure à Plombières. Il ne reviendra à la Chambre qu'à la fin de juin 1829 (où il fit montre de sa pugnacité habituelle). Ses amis déploraient ses violentes colères, des propos blessants à l'encontre de ses adversaires. On a vu qu'il était, dès avant la prise de ses fonctions de président du Conseil, dans un état d'épuisement.

De plus, Casimir Perier avait été très affecté par la mort récente de son ami Champollion le 4 mars 1832. La veille de sa mort, il avait été la seule personne admise par la famille au chevet du mourant et deux mois plus tard dans son délire le nom de Champollion revint plusieurs fois sur ses lèvres^{4, 29}.

Ses traits de caractère s'exagèrent peu avant sa maladie. Il s'enflammait pour un rien, ainsi au cours d'une séance à la Chambre il jeta ses notes du pupitre d'un geste brutal. L'historien-journaliste Capefigue³⁰ signale que Perier était, avant le déclenchement de sa maladie, dans un état de surexcitation continue et que « son irritation en était venue à des excès ». Ces traits de caractère, peu avant sa maladie, avaient viré à la paranoïa. Croyant avoir été mal reçu par la Reine (sécheresse et inattention), il était allé voir Louis-Philippe qui avait fait venir sa femme « qui lui fit toutes les réparations possibles d'un tort qu'elle n'avait probablement pas eu ». D'après Rémusat^{31, 32} à qui Casimir raconta cet épisode il aurait déclaré qu'il avait pensé à démissionner. Rémusat ajoute « Dans tout ce qu'il désapprouvait, il voyait un mauvais sentiment et surtout un calcul secret ». Ainsi le 5 avril 1832, à la veille de tomber malade, quand on lui rapporta les désordres populaires qui avaient eu lieu à Paris, il ne put pas y croire et y vit *un système*, « c'est préparé et attisé de main d'hommes » (il mettait en cause le Roi des Pays-Bas).

Ces traits de caractère puis cette évolution s'inscrivent dans le cadre d'une pathologie familiale connue de ses contemporains et signalée par Guérin : « M. Périer appartenait à une famille dont tous les membres ont éprouvé plus ou moins de maladies nerveuses »⁷. Nous avons cherché à la reconstituer à partir d'autres témoignages d'époque^{28, 30, 31, 33, 34, 35}.

Une enquête sur la famille Perier de l'Isère

Nous avons indiqué sur les arbres généalogiques (Fig. 2, 3, 4, 5) ceux des membres, parmi les quatre générations des Perier de l'Isère au XIX^e siècle, membres dont on peut penser qu'ils partageaient la pathologie de Casimir Perier. Un extrait de diverses annotations de l'époque (en italiques) sera suivi de brefs commentaires avant un commentaire plus général.

Génération I (Fig. 2)

Marie-Charlotte Pascal (1749-1821), épouse de Claude Périer, pourrait être le « membre fondateur » de la lignée pathologique. Rémusat³¹ la décrit ainsi « *Une femme remarquable, mais un esprit bizarre et une imagination vive et inquiète. Elle se faisait aimer et respecter des siens, et les attristait par ce qu'on appelait autrefois des vapeurs, qui poursuivirent ses deux dernières années. C'est d'elle qu'il resta à plusieurs de ses enfants une disposition à l'hypocondrie qui altérait parfois leur humeur, assombrissait leurs idées [...] elle unissait à toutes les capacités d'une maîtresse de maison une préoccupation religieuse qui inclinait au mysticisme* ». Guérin⁷, parlant de Casimir est plus précis : « *Madame sa mère, à l'âge de cinquante-cinq ans, eut un accès de délire aigu* ».

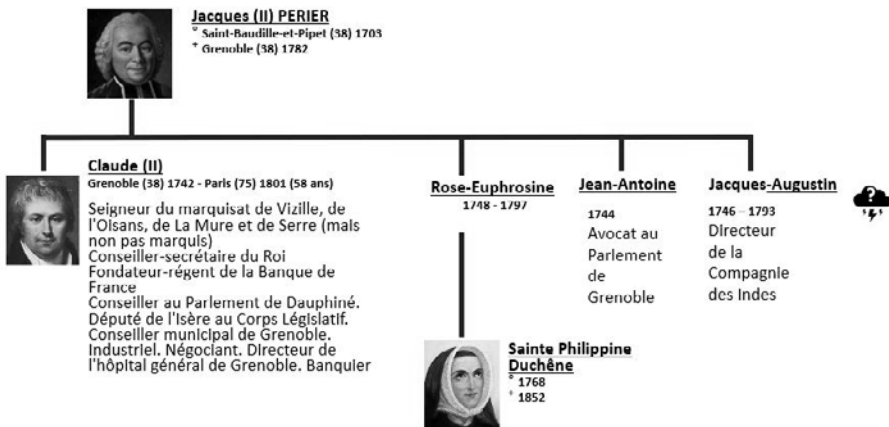


Fig. 2 - La famille Perier au XIX^e siècle : génération I.

Génération II (Fig. 3)

Les sept enfants possiblement atteints sur dix.

N° 1 - Elisabeth-Joséphine (1770-1850) épouse de Jacques Fortunat Savoye de Rollin : Stendhal³³ décrit un épisode probablement maniaque : *Mme Savoye de Rollin, dévote célèbre et cependant pas méchante, avait été folle et pendant plusieurs mois avait tenu des propos, dignes de l'Arétin, et en termes les plus clairs sans aucun voile. Cela est drôle, où une dévote de fort bonne compagnie peut-elle prendre une douzaine de mots que je n'ose écrire*. Guérin, parlant de Casimir, confirme : *Madame sa sœur, à un âge moins avancé (que sa mère) éprouva le même accident. Chez ces deux malades, le délire dura de cinquante à soixante jours, il éclata à la suite d'une maladie aiguë dont le nom nous est inconnu* ». G. de Réal, cité par de Rémusat³¹ ajoute qu'après

la mort de son mari, *elle mena une vie de sainte*. De Remusat évoque *une dévotion qui n'aurait pas été éloignée de l'illuminisme*. Comme pour sa mère, on peut penser que le « corset religieux » a canalisé la folie dans un moule socialement acceptable.

N° 2 - Augustin-Charles (1773-1833). Sa jeune épouse Henriette de Berckheim dans une lettre²⁸ le 30 novembre 1798 décrit ainsi sa nouvelle famille : *J'ai vu des jeunes plantes [...] toutes douées d'un germe de marasme subissaient tôt ou tard l'épreuve à laquelle elles étaient destinées. Mon Augustin y avait passé, Scipion de même, d'autres y passeront*. Et dans une autre lettre à propos de son mari : *Sa santé toute forte qu'elle est, est toujours influencée par une humeur bilieuse, réagit sur l'âme, la rend quelquefois soucieuse ou préoccupée, ou bien la livre à cette apathie d'où l'on sort si difficilement*. Dans son éloge funèbre, de Gérando, cité par Choulet³⁴ signale *une sensibilité vive, une disposition à l'entraînement, un caractère qui paraissait quelquefois impétueux*. Un trouble bipolaire est évocateur.

N° 4 - Antoine-Scipion (1776-1821). On a déjà vu qu'il avait présenté très tôt une forme de « marasme ». Pour Stendhal il est *mort un peu fou*. Choulet³⁴ précise : il meurt le 2 avril 1821, à 45 ans dans les bras de Casimir, d'une maladie dite de langueur. Augustin²⁸ à propos de son décès évoque : *sa destinée mystérieuse et mélancolique*. L'appellation « maladie de langueur » évoque un épisode mélancolique.

Se pourrait-il à ce propos que Scipion ait été ce négociant âgé de 45 ans qui d'après Esquirol : *Des maladies mentales*, (t. I, pages 438-439)³⁶ « fut plongé

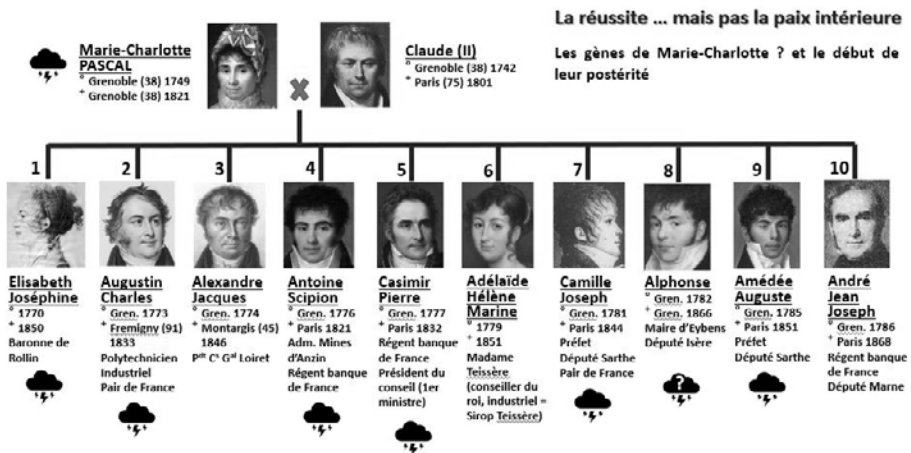


Fig. 3 - La famille Perier au XIX^e siècle : génération II.

dans un délire mélancolique dont rien ne put le tirer » mais qui auparavant « après avoir éprouvé une banqueroute qui le gêne momentanément sans altérer sa fortune, devint le même jour plus gai qu'à l'ordinaire, se rit de ce contretemps forme des projets incompatibles avec sa fortune et ses affaires ». Puis Esquirol décrit un état véritablement maniaque. Il pourrait s'agir d'une réaction paradoxale (à la manière des manies de deuil) qui précéda le virage vers la mélancolie³⁷. Wolff³ décrit pour sa part « l'activité inlassable » de Scipion, ce qui évoque un fond d'hypomanie et s'étonne, au terme d'une analyse approfondie de sa situation financière (Wolff était professeur de Sciences Économiques) de son « inexplicable petite succession » ... On remarquera aussi que quand Esquirol fut appelé auprès de Casimir Perier on le présenta⁷ comme le Dr Mitivié (le neveu d'Esquirol). Avait-on voulu ne pas effrayer le malade en évitant de nommer celui qui n'avait pas pu sauver son frère ?

N° 7 - Camille Joseph (1781-1843). D'après Stendhal³³ *Camille a été un plat préfet... et il est un peu fou comme tous ses frères*. À noter qu'en 1822, alors qu'il est préfet de la Meuse, il démissionne à la suite d'une *crise de fièvre nerveuse*³. On peut penser que ce terme désigne un épisode maniaque.

N° 8 - Alphonse. À la suite de la crise de 1818³⁸ Wolff³ parle d'une panique qui l'avait poussé à vouloir se débarrasser de son entreprise.

N° 9 - Amédée-Auguste (1785-1851). Pour de Rémusat³¹, c'était *le plus insignifiant, il était laid, oisif... il n'a jamais rien fait que dissiper sa fortune par négligence et laisser-aller. Il vivait beaucoup seul et s'enfermait quelquefois ou partait en voyage pour dissiper ses vapeurs noires*. On retrouve une expression qui renvoie au terme actuel d'état dépressif.

Génération III (Fig. 4)

Descendants d'Augustin

N° 1 - Fanny Perier (1800-1826) puis de Rémusat (sa première épouse). Il décrit *six mois d'un bonheur parfait agité par les défiances d'elle-même et ses inquiétudes... un état nerveux qui rend à la jeune femme tout travail et toute fatigue insupportable*³¹. Elle meurt le 10 octobre 1826 d'une probable tuberculose pulmonaire. Sa maladie aurait-elle été plus visible si elle avait vécu plus longtemps ?

N° 3 - Adolphe Perier (1802-1862). De Rémusat qui était un de ses intimes n'est pourtant pas tendre avec lui, le décrivant *étourdi et calculé, aventureux, brouillon, hardi avec de la faiblesse, et de grands accès d'abattement*,

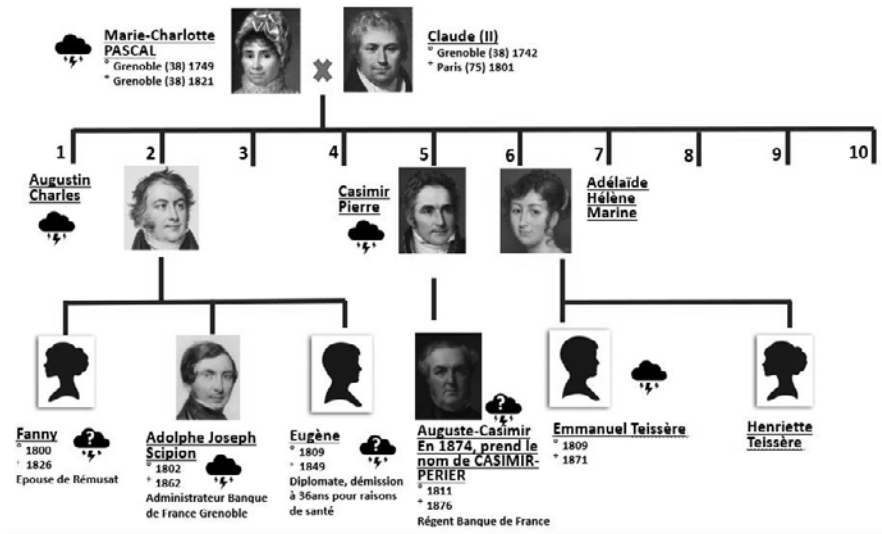


Fig. 4 - La famille Perier au XIX^e siècle : génération III.

il pouvait bien ou mal faire³¹. Son oncle Alphonse ayant abandonné l'affaire de Vizille, il en prit la direction mais il ne sut pas redresser la barre et en 1837 il fut acculé à une liquidation. Par la suite, il fut nommé à la Cour des Comptes ce qui lui vaut une biographie établie par cet organisme³⁹. On peut y lire qu'il décéda *en fonctions d'une affection cérébrale qui avait nécessité son internement*. Pour Wolff, il s'agissait d'un état de mutisme. Le décès a été enregistré le 4 avril 1862 à la maison de santé de Vanves, à une période (de 1856 à 1880) où toutes les archives de l'établissement ont disparu (communication du Dr J.-M. Mouthon, historien de l'établissement).

N° 5 - Eugène Perier (1809-1849). Il embrassa la carrière diplomatique et progressa rapidement jusqu'en 1845 (à l'âge de 36 ans) où il démissionna d'un poste à Vienne pour raisons de santé. Revenu en France et nommé percepteur à Paris, il mourut à l'âge de 40 ans. Son dossier au Quai d'Orsay pourrait préciser le contexte éventuellement pathologique de sa démission.

Descendants de Casimir Perier

Auguste Casimir-Perier (1811-1876). Sa carrière politique fut brillante ; il fut pressenti pour devenir président du Conseil mais échoua dans son entreprise. Pour Wolff³, il ne survit pas longtemps à cet échec et mourut brutalement après s'être alité. D'après un compte-rendu de presse, cité par Wolff, *l'état maladif dans lequel il se trouvait depuis longtemps a déterminé la catastrophe* (sa mort en quelques heures).

Descendants de Marine (épouse Teisseire)

Emmanuel Teisseire (1809-1871). Après avoir vécu avec sa mère jusqu'à son décès, il se marie à l'âge de 47 ans avec une veuve qui, aux dires de la famille, lui fait dilapider son argent, il meurt à 62 ans après trois *crises nerveuses*. Même commentaire concernant le sens de cette expression.

Génération IV (Fig. 5)

Enfants d'Auguste Casimir-Perier

N° 2 - Jean Casimir-Perier (1847-1907)

Choulet³⁴ dans son panégyrique (qui s'arrête fin novembre 1894) décrit son ascension progressive jusqu'à la magistrature suprême. Jean Casimir-Perier était un personnage de premier plan dans les premières décennies de la III^e République. Il fut élu président de la Chambre puis président du Conseil et ministre des Affaires Étrangères (il avait fallu le supplier). Il remporta d'abord plusieurs batailles parlementaires face à des coalitions d'opposants de divers bords puis il démissionna de façon surprenante le 22 mai 1894 quand son ministère fut mis en minorité sur une interpellation anodine. Choulet explique que Casimir-Perier était *fatigué de la situation que faisait au Cabinet l'hostilité toujours en éveil de certains groupes et que son geste témoignait de sa fidélité à son caractère et à ses convictions*. Un journal de l'époque écrivait : *M. Casimir-Perier n'a pas de subterfuges. Il*

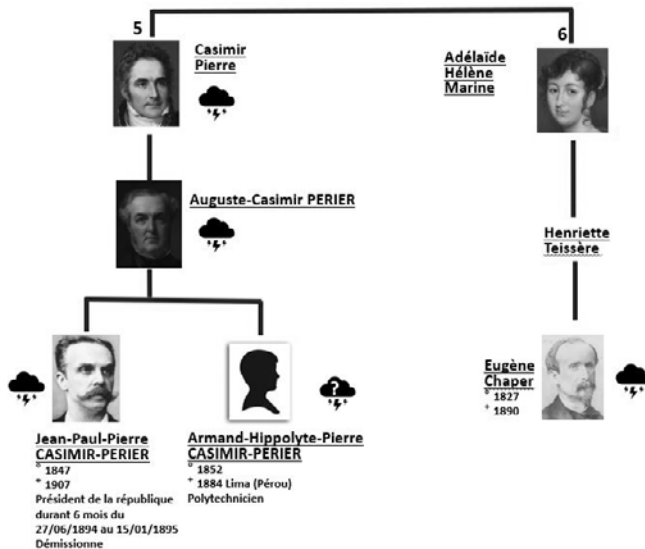


Fig. 5 - La famille Perier au XIX^e siècle : génération IV.

ne ment pas. Il ne dit que ce qu'il pense. Ces traits de caractère (qui étaient ceux de son grand-père) auraient dû alerter quand il fut élu président de la République. Là encore, on retrouve un parallèle avec son grand-père car il avait fallu longtemps le supplier pour qu'il se présente à l'élection. Jean Casimir-Perier fut élu le 27 juin 1894 et démissionna le 16 janvier 1895. Wolff décrit les multiples contrariétés qui assaillirent le nouveau Président. Plutôt que de se battre, de dissoudre la Chambre, il préféra le renoncement. De nombreux témoignages d'époque montrent qu'il était déprimé, écrasé par ses responsabilités. Ainsi Félix Faure³⁴ ministre de la Marine qui écrit *il était véritablement malade, absolument privé de sommeil depuis plusieurs mois et que c'était à cet ébranlement nerveux qu'il fallait surtout attribuer sa résolution* (de démissionner). Jean-Paul Lafargue³⁴, son collaborateur et confident révélait pour sa part : *sous son air raide et hautain, Jean Casimir-Perier était en réalité, de l'aveu de tous ses proches, un personnage extrêmement fragile, angoissé et sujet à la paranoïa.* Un état dépressif majeur est vraisemblable. Il se retira de la vie politique et ne se remit jamais de sa décision puisqu'il interdisait qu'on en parle. Il mourut le 11 mars 1907 d'un infarctus.

N° 3 - Pierre Casimir-Perier (1852-1884)

Officier, arrivé au grade de capitaine, il défraya la chronique en dilapidant son héritage paternel ce qui lui valut d'être placé sous conseil judiciaire. Pour l'éloigner (?) il fut envoyé en mission à Lima où il décéda peu après son arrivée, à l'âge de 32 ans d'une « angine couaneuse » foudroyante selon une lettre du secrétaire de la légation. Choulet reproduit cette lettre *in extenso* « pour mettre fin à des racontars odieux trop facilement répandus depuis quelques années ».

On peut imaginer un état hyperthymique ; quant aux « racontars odieux » ils font penser à une affaire de mœurs.

Enfant d'Henriette Chaper, fille de Marine Teisseire

Eugène Chaper (1827-1890) : dans son adolescence il montre un caractère difficile avec une tendance au mutisme que sa mère lui reproche dans une lettre de 1841²⁸. Il fait Polytechnique, entreprend une carrière militaire dans le génie puis se reconvertit dans les affaires puis la politique. Député de l'Isère, il vire au mysticisme et dans une lettre du 7 mai 1871²⁸ il fait part à sa femme de *ses prières à Dieu pour avoir le courage de ne pas désespérer... et de sa tentation de se dérober par ma démission à la cruelle corvée que j'aspire passionnément à voir finir.* On n'est pas loin du délire mystique et ce délire semble venir combattre une tendance à l'abattement.

Commentaire final

L'enquête généalogique retrouve chez plusieurs membres de cette famille des arguments en faveur d'un trouble bipolaire. Son expression clinique était dépendante de l'époque et du milieu social et il se pourrait ainsi que la religion ait eu un rôle protecteur (de même que la stabilité conjugale). On remarque des caractéristiques familiales propres – qui ne sont pas nécessairement dues aux gènes transmis – avec des « conduites d'échec » marquées par des démissions ou tentations de démission alors que le succès était à portée de la main (ou avait été obtenu), ainsi que l'apparition de traits de paranoïa à l'acmé de la dépression.

La brillante réussite sociale de plusieurs membres de la famille, loin d'écarter le diagnostic de trouble bipolaire, le renforce compte tenu du lien qui semble établi entre ce trouble et la créativité au sens large⁴⁰.

Cependant, si nous avons fait (à la suite de Ch. de Rémusat) de Marie-Charlotte Pascal le « membre fondateur » de cette lignée pathologique, les circonstances douteuses de la mort d'Augustin Perier (il se serait suicidé en 1793 alors qu'il était emprisonné) feraient également de l'un de ses ascendants Perier, un candidat à ce rôle.

Enfin, on soulignera les limites de cette enquête car bien d'autres informations, dont on pouvait craindre qu'elles portent atteinte à l'honorabilité de la famille, ont dues être dissimulées.

Conclusion

Au total la mort de Casimir Perier pourrait bien être liée à une catatonie maligne, elle-même due à la conjonction d'un état d'épuisement datant de plusieurs mois et d'un stress intense sur un terrain familial de type bipolaire.

Remerciements : au Pr Thierry d'Amato pour ses recherches généalogiques et son aide dans la réalisation des arbres généalogiques.

RÉSUMÉ

Casimir Perier (1777-1832), atteint du choléra aux premiers jours de l'épidémie de 1832, décéda au 41^e jour de sa maladie dans un contexte de fièvre persistante. Il avait rapidement présenté un état mental qui comportait des signes de catatonie, syndrome relevant d'étiologies « organiques » ou psychiatriques. Il est proposé que le décès était la conséquence d'une catatonie maligne induite par le choléra sur un terrain familial de troubles bipolaires tels qu'une enquête généalogique a pu l'établir.

SUMMARY

Suffering from cholera in the first days of the 1832 epidemic, Casimir Perier died during the 41st day of his illness having developed a lasting fever. He soon experienced a mental condition which included signs of Catatonia, a syndrome due to organic or psychiatric etiologies. It is suggested that his death was the consequence of a malignant Catatonia induced by the cholera on a familial terrain of bipolar disorders as a genealogical investigation demonstrated it.

NOTES

- 1) LECA A.-P. - *Et le choléra s'abattit sur Paris 1832*. Albin Michel, Paris, 1982.
- 2) Il y eut au total 18 402 victimes dont 12 733 pour le seul mois d'avril 1832.
- 3) WOLFF J. - *Les Perier. La Fortune et les Pouvoirs*. Economica, Paris, 1993.
- 4) BOURSET M. - *Casimir Perier. Un prince financier au temps du romantisme*. Publications de la Sorbonne, Paris, 1994.
- 5) VALENTIN M. - *François Broussais Empereur de la médecine*. Préface de Jean Bernard. Association des amis du pays de Dinard, Dinard, 1988.
- 6) BROUSSAIS F.-J.-V. - *Le choléra-morbus épidémique observé et traité selon la méthode physiologique*. Melle Delaunay, Paris, 1832.
- 7) GUÉRIN J. - *Examen de la doctrine physiologique appliquée à l'étude et au traitement du choléra-morbus suivie de l'histoire de la maladie de M Casimir Périer*. Au bureau de la Gazette Médicale de Paris, Paris, 1832.
- 8) La Gazette médicale de Paris était le journal médical qui jouissait de la plus grande audience ; il était dirigé par l'ancien chirurgien Jules Guérin mais était sous l'influence de Magendie.
- 9) On prendra avec circonspection les faits et arguments avancés par les deux camps. Le traitement conseillé par Esquirol n'est pas répertorié dans l'ouvrage très complet de Michel Caire.
- 10) CAIRE M. - *Soigner les fous. Histoire des traitements médicaux en psychiatrie*. Nouveau Monde, Paris, 2019.
- 11) LUAUTÉ J.-P. - L'ouverture du corps de Casimir Perier et l'essor de la phrénologie. Un tournant épistémique. In : *Quand les aliénistes ouvraient les corps* (dir. J.-P. LUAUTÉ). Glyphe, Paris, 2020.
- 12) PIQUEMAL J. - « Le choléra de 1832 en France et la pensée médicale ». *Thalès*, 1959, X, 27-73.
- 13) D'après M. Bourset (4) sa femme et son deuxième fils Paul auraient été atteints.
- 14) KAHLBAUM K. - *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Hirschwald, Berlin, 1874.
- 15) SÉGLAS J., CHASLIN P. - « La catatonie ». *Archives de neurologie*. 1888, XV, 254-266 & 420-433 ; XVI, 52-65.
- 16) EY H. - Étude n° 10 Catatonie. In : *Études Psychiatriques. Aspects sémiologiques*. Desclée de Brouwer, Paris, 1950.

- 17) EY H. - Étude n° 24 Confusion et délire confuso-onirique. In : *Études Psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Desclée de Brouwer, Paris, 1954.
- 18) CHASLIN P. - *La confusion mentale primitive*. Asselin et Houzeau, Paris, 1895.
- 19) HAUSTGEN T. - Texte 17 La confusion mentale. In : *24 textes fondateurs de la psychiatrie* (dir. M. MASSON). Armand Colin, Paris, 2013.
- 20) LÔO P., LHOMME H., FOULET M., PREVOST JP, LÔO H. - « Contribution à l'étude des concepts catatonie aiguë, encéphalite, délire aigu ». *Annales Médico Psychologiques*, 1975, 2, 4, 645-682.
- 21) LUAUTÉ J.-P., SALADINI O. - Aspects neurologiques des pathologies psychiatriques. In : *Encyclopédie Médico Chirurgicale, Neurologie*, 17-167-A-30, 1999.
- 22) TANDON R., HECKERS S., BUSTILLO J., BARCH D., GAEBEL W. et al., - « Catatonia in DSM-V ». *Schizophrenia Research*, 2013, 150, 26-30.
- 23) MAURAS T., MARCEL J.-L., CAPRON J. - « La catatonie dans tous ses états ». *Annales Médico Psychologiques*, 2016, 174, 115-123.
- 24) ROSEN E., FOX R., GREGORY I., - *Abnormal Psychology*. WB Saunders, London, 1972.
- 25) GALLUP G., MASER J. - Tonic immobility : evolutionary underpinnings of human cataplexy and catatonia. In : *Psychopathology : experimental models*. MASER J., SELIGMAN LP, Editors., Freeman, San Francisco, 1977.
- 26) C'était déjà la conclusion de Ey (16) considérant la catatonie comme « un mode de réaction fréquent du psychisme morbide ...réalisant une régression de la pensée et de ses expressions psychomotrices à des niveaux inférieurs ou archaïques. »
- 27) SALADINI O., GELIN V., WATERLOT C., LUAUTÉ J.-P. - « La catatonie maligne : un syndrome aigu de stress ? À propos de cinq formes létales ». *Annales Médico Psychologiques*, 2003, 161, 804-808.
- 28) BARRAL P. - *Les Perier dans l'Isère au XIX^e siècle d'après leur correspondance familiale*. Presses Universitaires de France, Paris, 1964.
- 29) De nombreuses hypothèses, dont celle du choléra, ont été soulevées pour expliquer la mort à 42 ans du célèbre savant.
- 30) CAPEFIGUE J-B. - La mort de Casimir Perier. In : *L'Europe depuis l'avènement du Roi Louis-Philippe*. Volume 1, Histoire des années 1830 à 1842. Au comptoir des imprimeurs-unis, Paris, 1847.
- 31) RÉMUSAT Ch. de - *Mémoires de ma vie. La Restauration ultra-royaliste. La Révolution de juillet (1820-1832)*. T 2. Plon, Paris, 1959.
- 32) Charles de Rémusat (1797-1875), philosophe, homme politique éminent, écrivain. Ses « Mémoires de ma vie » constituent une source documentaire irremplaçable sur le XIX^e siècle.
- 33) STENDHAL (Beyle H.) - *Vie de Henry Brulard*. In : *Œuvres intimes*. La Pléiade, Gallimard, Paris, 1955.
- 34) CHOULET E. - *La famille Casimir-Perier. Étude généalogique, biographique et historique*. Joseph Baratier, Grenoble, 1894.
- 35) Pages d'Histoire. Notes sur l'élection de Jean Casimir-Perier. Juspolitical.com
- 36) ESQUIROL J.-E. D. - *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. J.-B. Baillière, Paris, 1838.

- 37) Esquirol attribue le passage vers l'état mélancolique à « des événements politiques parfaitement étrangers à ses intérêts mais qui blessent les opinions de M ». Si M est bien Scipion Perier, il pourrait s'agir des troubles de Grenoble, le 20 mars 1821, où des jeunes gens, sur la fausse nouvelle d'une abdication de Louis XVIII en faveur du duc d'Orléans, se rassemblent et défilent avec un drapeau tricolore ? - troubles qui pouvaient heurter les opinions légitimistes de Scipion.
- 38) La crise de 1818 a été produite par les nombreuses émissions de rentes créées pour le paiement des contributions de guerre aux étrangers ; en moins de deux ans, on en jette sur la place pour plus de 100 millions. Ce fut une brève panique généralisée.
- 39) *Cour des Comptes. Dictionnaire historique, généalogique et biographique (1807-1947)*, en ligne.
- 40) BRENOT P. – *Le génie et la folie*. Odile Jacob, Paris, 2007.

La blessure de Giuseppe Garibaldi (1807-1882) et le stylet de Nélaton

The wound of Garibaldi (1807-1882) and Nélaton's probe

par Louis-François GARNIER*

Dans le massif de l'Aspromonte, en Calabre, le 29 août 1862, pendant les guerres du *Risorgimento* (résurgence ou renaissance), l'armée royale italienne s'oppose à l'invasion des États pontificaux par Giuseppe Garibaldi (1807-1882) et ses partisans qui, à l'instar de l'expédition en Sicile (1860) dénommée des Mille (*Spedizione dei Mille*), souhaitent faire de Rome la capitale de l'Italie. Du côté de Garibaldi il n'y a que quelques centaines de « *volontaires affamés que les guides ont à dessein épuisés sur les pentes de l'Aspromonte* »¹ face à près de deux mille Bersagliers (*Bersaglieri*), appartenant à l'infanterie légère de l'Armée de terre italienne, créée en 1836, caractérisée par un chapeau à larges bords décoré de plumes de coq de bruyère, bien armés et disciplinés. Garibaldi espère éviter l'affrontement fratricide et a décidé de ne pas répondre au feu avec l'alternative de devoir « *déposer les armes comme des moutons ou de se souiller du sang de ses frères* »¹.

Séance du 20 février 2021

* louis-francois.garnier@ch-ploermel.fr

La blessure à Aspromonte

Conformément à ses directives, les soldats de Garibaldi sont adossés à une forêt de pins alors que les troupes royales se mettent à charger avec une « *désinvolture surprenante* »¹. Les combats sont très brefs car Garibaldi a donné l'ordre d'arrêter les tirs mais, faisant preuve d'un grand courage en restant exposé, il est blessé. Garibaldi a reçu deux, voire trois coups de feu dont une balle qui, par ricochet, heurte sa cuisse gauche, et surtout une balle qui perfore sa botte (visible à Rome au musée *Vittoriano* dédié à la réunification de l'Italie) et pénètre dans la cheville droite², un peu au-dessus et sur le devant de la malléole interne. Garibaldi s'effondre et le lieutenant-colonel Pallavicini viendra recueillir sa reddition.

Alors même qu'il est encore sur le champ de bataille, il est examiné par un chirurgien qui, percevant un léger gonflement sur la face opposée du pied en regard de la blessure, pratique une incision mais ne trouve rien (Fig. 1). Cette façon de procéder avait déjà été pratiquée sur Garibaldi qui, lors d'une bataille navale près de Montevideo, avait reçu une balle « *entre l'oreille et la carotide* ». Dans ses *Mémoires*³, il relate le fait : « *un jeune médecin argentin de grand mérite ayant senti, du côté opposé à celui par où elle était rentrée, la*



Fig. 1 - Garibaldi blessé à Aspromonte : à noter l'incision latérale externe faite par un chirurgien sur le champ de bataille (Wikipedia.org).

balle rouler sous son doigt, en fit très habilement l'extraction en m'incisant la peau ». Ceci était conforme aux règles de la chirurgie d'urgence de cette époque⁵. Dès lors qu'un projectile peut « *traverser les parties de part en part, à l'exception de la peau dont il ne peut surmonter l'élasticité et sous laquelle il s'arrête immédiatement* », il est préconisé de « *porter la main libre sur les parties opposées à l'ouverture d'entrée du projectile (...) pour s'assurer qu'aucune tumeur, qu'aucune dureté anormales n'existent et ne décèlent la présence d'un corps étranger* » et « *si le projectile s'est arrêté sous la peau, on le reconnaît immédiatement à la mobilité et à la saillie qu'il détermine* ».

Garibaldi, dont la blessure est très douloureuse, est lentement descendu sur une civière de branchages et hissé sur un palan « *comme on charge les bœufs* » dira-t-il, sur le navire de guerre italien *Duca-di-Genova* (*Duc-de-Gênes*) car, en tant que prisonnier, on lui refuse le droit d'être transféré sur un navire anglais. Alors qu'on l'embarque, il peut apercevoir le général qui a commandé la troupe adverse et « *qui s'en fait gloire* ».

Le prisonnier des vautours royaux

Le navire arrive à La Spezia le soir du 2 septembre. Deux jours plus tard, plusieurs éminents chirurgiens italiens examinent la blessure. Tous sauf un, considèrent que la balle n'est pas dans la cheville car « *on doutait que le corps étranger senti fût une balle ou une esquille* »³. Avant l'invention trente ans plus tard, en 1895, des rayons X par le physicien allemand Wilhelm Röntgen (1845-1923), qui reçut pour cela le premier prix Nobel de physique, il n'était pas si facile de détecter une balle dans le corps humain, en particulier dans les membres où un fragment osseux avait pu être détaché par l'impact initial et en imposer, à tort, à l'exploration par un simple stylet, comme étant un objet métallique.

Les jours suivants, les admirateurs anglais de Garibaldi forment un comité en Angleterre afin que le professeur Richard Partridge (1805-1873) du *King's college*, aille examiner la blessure pour donner son opinion². Les raisons quant au choix de ce praticien restent mal comprises car il n'était pas le plus renommé et n'avait pas d'expérience quant aux blessures par armes à feu. Ceci explique que la profession n'ait pas été unanime. Ainsi, l'éditorial du *British Medical Journal* du 20 septembre indique : « *Il faut espérer que Mr Partridge sera capable d'accomplir cette délicate mission de façon satisfaisante. Garibaldi ne doute pas de recevoir la meilleure aide chirurgicale que l'Italie peut lui procurer et, prima facie* (de prime abord), *il apparaîtrait présomptueux qu'un étranger, tel que Mr Partridge parmi les Italiens, puisse venir, sans être mandaté par une quelconque autorité, dans le seul but apparent*

de voir ce que font les docteurs et de corriger leurs erreurs ». Le *Lancet* indiqua de façon cinglante qu'il s'agissait « *d'une nouvelle manifestation de la fierté proverbiale insulaire en insistant une fois de plus sur l'immense supériorité de tout ce qui est britannique* ».

En dépit de ses détracteurs anglais (il fut en revanche bien accueilli par ses collègues italiens), Partridge arrive à La Spezia le 16 septembre et plus précisément à l'hôpital du fort de Varignano où est hospitalisé Giuseppe Garibaldi, et où il restera emprisonné cinquante-quatre jours par les « *vautours royaux* »¹. L'hôpital est alors devenu un lieu de pèlerinage pour « *l'opinion italienne qui a pris fait et cause pour le martyr d'Aspromonte* ». Après avoir examiné la blessure, et en se basant largement sur le fait que la cheville n'était pas inflammatoire et que le patient n'était pas infecté, il conclut que la balle n'a pas pénétré dans la jambe et que le blessé devrait se remettre grâce au repos et aux soins infirmiers (Fig. 2). Le coût de la consultation fut de 680 livres².

À son retour en Angleterre, Partridge éprouva le besoin d'écrire dans la presse médicale que sa visite était purement professionnelle, nullement politique, et un journal indiqua : « *... il semble que certains médecins italiens restent persuadés que la balle est dans le pied de Garibaldi. Il y a cependant tout lieu de penser que leur opinion ne sera pas admise dans ce pays après le diagnostic très clair de Mr Partridge* ».

Il n'en reste pas moins que les amis anglais de Garibaldi continuèrent de faire preuve de sollicitude vis-à-vis de « *l'illustre invalide* » en lui envoyant un divan spécial et une table adaptée dont il pouvait se servir sans se lever. Malheureusement la prédiction optimiste de Partridge fut contredite par le développement d'une infection laissant présager une amputation inéluctable. En effet, cinq semaines plus tard, l'état clinique de Garibaldi ne s'était pas amélioré ; de telle sorte que son entourage décida de faire venir Auguste



Fig. 2 - Le professeur Richard Partridge (1805-1873) au chevet de Garibaldi (Lombardia Beni Culturali).

Nélaton (1807-1873) pour qu'il donne son avis, étant reconnu pour avoir mis au point des outils innovants.

La consultation de Nélaton

Nélaton, qui commença ses études médicales en 1828, fut reçu docteur en 1836 avec une thèse sur la tuberculose osseuse, et nommé trois ans plus tard professeur à l'hôpital Saint-Louis avec pour spécialité les tumeurs du sein. De 1851 à 1867, il est professeur à temps plein, poste qu'il abandonnera pour devenir le chirurgien personnel de Napoléon III. Élu membre de l'Académie des sciences en 1867, il sera nommé « sénateur impérial » en 1868⁴.

Nélaton se rend au chevet de Garibaldi le 28 octobre 1862 (Fig. 3). Il examine la plaie avec une sonde normale et conclut à la présence de la balle dans l'articulation. Cependant, pour être plus convaincant, il va mettre au point un instrument sous la forme d'un stylet comportant une tige métallique dotée d'une extrémité



Fig. 3 - Le professeur Auguste Nélaton (1807-1873) au chevet de Garibaldi (Wikipedia.org).

terminale en porcelaine blanche non émaillée (biscuit) afin de recueillir, en faisant pression sur la structure solide à identifier tout en exerçant un mouvement rotatoire, des traces de plomb, des « *impressions métalliques* » par le seul effet de frottement, attestant ainsi formellement de la présence de la balle. La partie manuelle de ce stylet est dotée d'un manche « *taillé à pans afin de pouvoir être plus facilement roulée entre les doigts* »⁵. À noter qu'il était ensuite assez difficile de faire disparaître de telles traces incrustées dans la porcelaine dans l'éventualité d'un usage ultérieur, et c'est ainsi qu'a pu être préconisé l'usage de l'acide nitrique ou acétique permettant l'oxydation du métal et la formation d'un sel soluble. En pratique, il était plus facile d'enlever les traces à l'aide d'un papier de verre⁶.

Ce stylet ou sonde de Nélaton, à ne pas confondre avec la sonde urinaire de Nélaton toujours en usage, est donc destiné à localiser les projectiles lors

de blessures par armes à feu. En l'occurrence, il s'agissait de s'assurer de la présence de la balle de plomb enchâssée dans l'extrémité inférieure du tibia et de ce fait impossible, par les moyens ordinaires d'exploration, à distinguer de la structure osseuse dans laquelle la balle avait pénétré (Fig. 4).

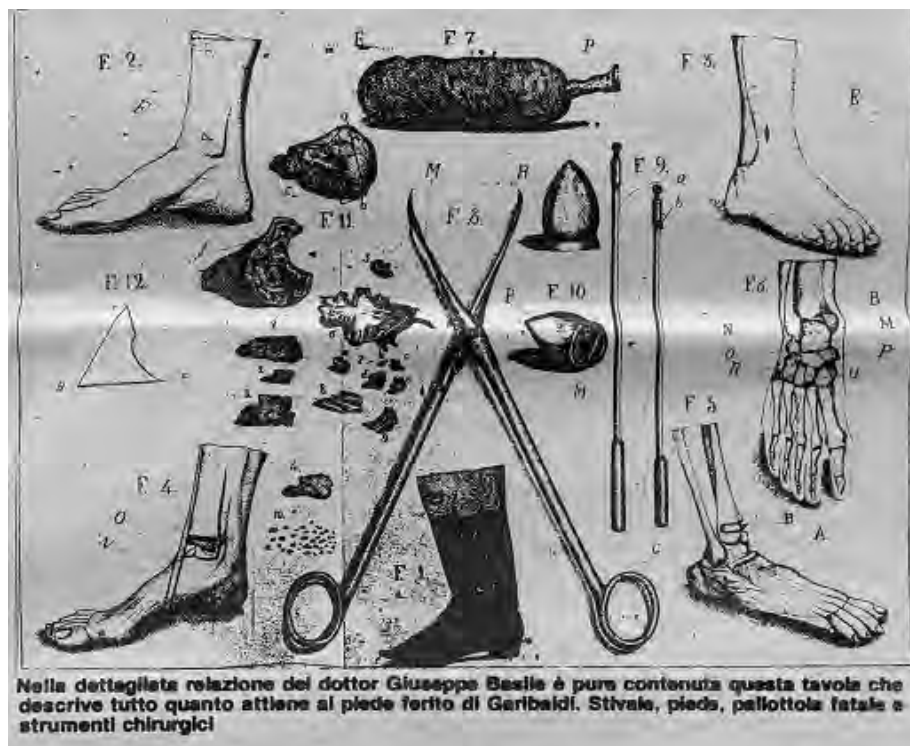


Fig. 4 - Anatomie de la blessure de Garibaldi avec la balle enchâssée dans l'extrémité inférieure du tibia avec la sonde de Nélaton et la pince tire-balle (Memoriale Giuseppe Garibaldi Caprera).

L'intervention chirurgicale

Nélaton préconise ensuite d'extraire la balle avec un forceps à balles et, pour faciliter l'extraction, d'élargir le diamètre de la blessure par l'insertion d'éponges. Dans les jours qui suivirent, pas moins de dix sept chirurgiens examinèrent Garibaldi qui souffrait le martyr, en sachant qu'il convenait d'éviter « de faire des délabrements trop étendus » en s'imposant « des limites à la recherche de corps étrangers »⁵. Parmi ceux-ci se trouvait de nouveau Partridge, revenu à la Spezia accompagné par Nicolai Pirogoff (1810-1881), professeur de chirurgie à Moscou et cofondateur de la chirurgie militaire et de la Croix-Rouge russes. Cette fois-ci, Partridge se dit convaincu que la

balle était encore dans la cheville mais son jugement initial ternit sévèrement sa réputation alors que celle de Nélaton s'en trouva accrue. C'est convaincu par l'utilisation de la nouvelle sonde de Nélaton et alors que lui-même n'avait pas réussi à localiser la balle à l'aide d'un courant galvanique, que le chirurgien florentin Ferdinando Zannetti (1801-1881) extrait la balle le 22 novembre 1862, près de trois mois après la blessure, sauvant ainsi la jambe de Garibaldi (Fig. 5). La règle voulait en effet que « *lorsque la présence d'un projectile ou d'un corps étranger était reconnue, il était indiqué d'en faire immédiatement l'extraction* » encore qu'il pouvait y avoir « *tout autant d'imprudences à vouloir rechercher et extraire à tout prix les corps étrangers qu'à les abandonner de façon délibérée sans tenter de les extraire* »⁶. Le même jour, Nélaton reçoit le télégramme suivant : « *Balle extraite de la blessure de Garibaldi, d'après l'assurance de votre diagnostic, garanti par le résultat de votre stylet. Honneur à vous. Le préfet de Pise. Torelli.* ».

Début décembre, Nélaton reçoit la lettre suivante : « *Mon bien cher ami, Je vous dois une parole d'amour et de gratitude. Votre apparition à la Spezzia a été un bonheur pour moi. Si jamais quelque doute avait pu traverser mon esprit, votre entrevue si éminemment sympathique, votre parole dont les encouragements étaient si éloquents ne m'ont plus permis de douter de ma*

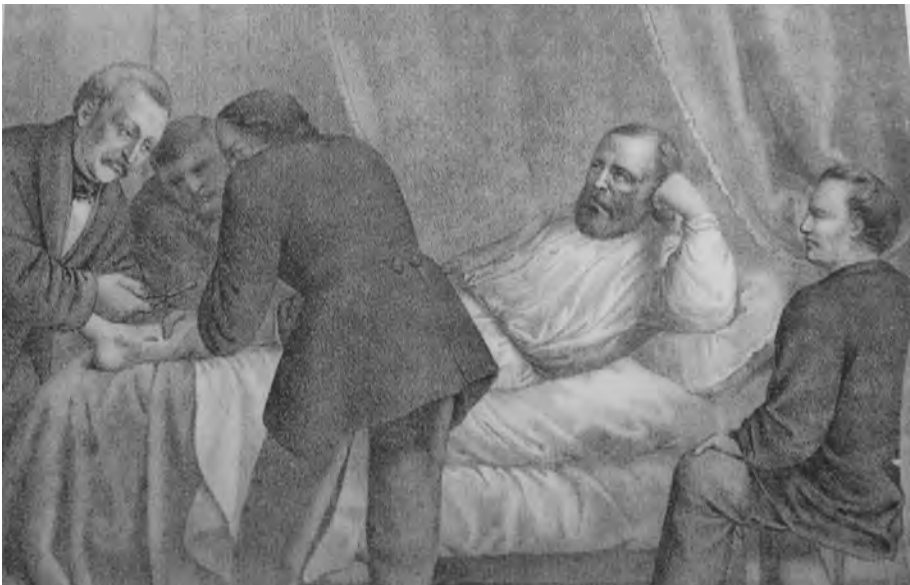


Fig. 5 - Le professeur Ferdinando Zannetti (1801-1881) et ses assistants extraient la balle de la cheville de Garibaldi le 22 novembre 1862 (Rome, Musée central du Risorgimento).

guérison. Je suis beaucoup mieux depuis l'extraction de la balle, opérée avec tant d'habileté par notre illustre compatriote, le Professeur Zannetti, à l'aide des instruments que vous aviez eu la bienveillance de m'envoyer. Que Dieu vous bénisse, Garibaldi ».

La convalescence à Caprera

Après sa guérison, Garibaldi fut autorisé à retourner dans sa résidence de Caprera « *en se remettant difficilement, marqué par ses souffrances. Il a cinquante-cinq ans. Sa plaie se cicatrise lentement et difficilement, l'empêchant longtemps de marcher* ». Il est condamné à une inactivité forcée particulièrement éprouvante pour un homme de cette trempe. Il doit garder le lit puis se déplace en fauteuil roulant et il lui faudra plus de treize mois pour pouvoir marcher avec une canne.

D'un point de vue politique, compte-tenu de la notoriété de Garibaldi, l'indignation est profonde dans le monde entier et son échec militaire est durement ressenti dans les milieux révolutionnaires. Son mentor politique, Giuseppe Mazzini (1805-1872), fervent républicain et considéré avec Garibaldi, Victor-Emmanuel II (1820-1878) et Camillo Cavour (1810-1861) comme l'un des « *pères de la patrie* », dira : « *La balle du mousquet qui a blessé Garibaldi a déchiré la dernière ligne du pacte signé, il y a deux ans, entre les républicains et la monarchie* ». Cet évènement fut « *ressenti dans toute l'Europe comme la preuve de la consolidation des régimes en place, du triomphe de l'entente des Etats contre le soulèvement des peuples* »¹.

C'est le 25 septembre 1849 que Garibaldi arrive à Caprera pour la première fois. Il décidera plus tard d'y acheter un terrain avec une maison en ruines qu'il va restaurer puis l'agrandir en y associant les dépendances nécessaires à une exploitation agricole, avec four et moulin⁷. C'est là que le patriarche et « *prophète de Caprera* » médite sur un vieux rêve : faire de Rome la capitale de l'Italie unifiée.

Comme en témoignent le fauteuil doté d'un bureau-pupitre offert par la Reine Marguerite de Savoie et les trois fauteuils roulants capitonnés, Garibaldi eut une fin de vie très affectée par les séquelles douloureuses liées à sa blessure d'Aspromonte mais aussi à l'arthrite, et à la malaria contractée en Amérique du Sud. Ceci ne l'empêchera pas d'être partie prenante dans la guerre franco-prussienne de 1870 en disant : « *Je viens donner ce qui reste de moi* ». Le « *Lion de Caprera* » surnommé également, à l'instar de Lafayette (1757-1834), le « *Héros des deux Mondes* » car il s'était illustré en Amérique du Sud, meurt le 2 juin 1882, à 18h20, comme l'atteste l'arrêt de l'horloge ce jour-là.

Garibaldi avait rédigé un testament politique suivi de directives organisant la crémation de son corps « *sur un tas de bois de deux mètres avec des branches d'acacias, de myrte, de lentisque et d'autres bois aromatiques. Sur le bûcher se posera un petit lit de fer et sur celui-ci, la bière recouverte où seront mes restes parés de la chemise rouge* » en sachant qu'à cette époque « *cette décision est encore exceptionnelle et l'église la considère comme un défi* ». Il stipulait en outre qu'une poignée de cendres, dans une urne, sera placée dans le tombeau de ses enfants et qu'un peu de ses cendres seront recueillies dans une bouteille de cristal à placer sous un genévrier de Phénicie, son arbre préféré³. Contrairement à ses dernières volontés, un conseil de famille décida de ne pas l'incinérer mais, comme le déclama alors avec emphase un parlementaire : « *Maintenant, la signification du monde est devenue cendre* », ce qui a peut-être incité à inscrire sur une stèle que les cendres du héros protègent les rivages de l'Italie, « *Herois cineres oras tutorque Latinas* ». C'est ainsi que, face à la mer, sa dépouille est conservée sous un bloc de granit brut de plus de trois tonnes, simplement gravé de l'étoile des Mille et de son nom : Garibaldi, sans date ni phrase, « *ce nom ayant à lui seul son poids de légende* », à côté des tombes de sa famille, avec les hommages de la nation reconnaissante car désormais unifiée. Dans la commune de Sant'Eufemia d'Aspromonte où le héros fut blessé, se trouve un mausolée avec son buste, des plaques commémoratives et l'arbre où, blessé, il se serait appuyé...

Le stylet de Nélaton

Le stylet de Nélaton, qualifié de « *petit instrument très utile, simple et ingénieux* », fut fabriqué en grand nombre, faisant partie intégrante de la trousse des chirurgiens militaires, et resta proposé dans les catalogues d'instruments chirurgicaux pendant plus de cinquante ans, c'est-à-dire jusqu'à la pratique de la radiographie sur les champs de bataille. L'un des rares exemplaires existants est visible au musée de Guéret (Creuse)⁸ et est dénommé « *stylet ayant servi à l'occasion de la blessure de Garibaldi* » (Fig. 6). Ce stylet, dépourvu de sa bille de porcelaine, fut donné à la *Société des Sciences Naturelles, Archéologiques et Historiques de la Creuse* (SSNAHC) en 1955 par la veuve du docteur Jean-Georges Bordier (1867-1950), médecin généraliste à Guéret qui l'avait reçu, en 1896, de la main du docteur Eugène-Didier Leclère, médecin à Briennon-sur-Armançon (Yonne) qui l'avait en sa possession vraisemblablement depuis 1870, car il était alors impliqué dans la *Société de Secours aux Blessés Militaires* (SSBM), qui deviendra la *Croix-Rouge*. Ce médecin l'avait probablement reçu de la main même de Nélaton qui, à cette époque, avait été mandaté par la SSBM pour organiser les soins⁴.

Il est en effet peu probable qu'il s'agisse du stylet ayant servi pour Garibaldi même si ce dernier était commandant de l'Armée des Vosges en 1870⁹ et bien qu'il y eût des francs-tireurs garibaldiens les 24 et 25 novembre 1870 à Brienon-sur-Armançon car Garibaldi était alors à Dijon, à près de 170 km de distance. Il n'en reste pas moins qu'au bénéfice du doute, ce stylet demeure rattaché à la blessure de ce patriote, général, homme politique et personnage historique hors du commun qu'était Giuseppe Garibaldi.



Fig. 6 - *Le stylet de Nélaton du musée de Guéret (L : 15,7 cm) taillé à pans mais dépourvu de la tête en porcelaine (Musée de Guéret).*

Remerciements : à Marc Beaumelle du musée du Service de Santé des Armées pour sa documentation, aux professeurs Jean-Paul et Laurent Fauchier, au docteur Philippe Rouesnel, pour leurs remarques pertinentes, ainsi qu'aux archivistes des musées du *Risorgimento* de Rome, de Turin, et du musée d'histoire de la Médecine Paris-Descartes, pour avoir répondu à mes questions. Un grand merci également à Sylvie Petit de la Bibliothèque multimédia du Grand Guéret, à Danielle Mouton, élue municipale et historienne de Brienon-sur-Armançon, à Madame le docteur Amilhaud-Bordier et à Monsieur Jean-Louis Bordier de Guéret ainsi qu'à Monsieur Denis Hannotin dont l'ouvrage sur Nélaton, cité en référence, fait autorité.

RÉSUMÉ

Contrairement aux héros homériques qui mouraient souvent jeunes, Giuseppe Garibaldi (1807-1882) surnommé le « Héros des Deux Mondes » eut le privilège de vieillir parmi les siens dans sa maison de l'île de Caprera, dans l'archipel de la Madeleine au nord-est de la Sardaigne, où sa tombe fait face à la Méditerranée qu'il avait tant aimée. Cependant, ses vieux jours furent ceux d'un homme perclus de douleurs d'arthrite et dont la marche était entravée par les séquelles de la vilaine blessure qu'il avait reçue à Aspromonte, en Calabre, en 1862 lors des guerres du Risorgimento. Garibaldi échappa à l'amputation de sa jambe alors que, trente ans avant la découverte des rayons X, il n'était pas toujours évident de localiser un projectile dans une blessure. La balle fut finalement extraite par un chirurgien italien grâce aux directives d'un chirurgien français qui inventa, pour localiser la balle, une sonde simple mais ingénieuse qu'on dénomma le stylet de Nélaton.

SUMMARY

As opposed to the homeric heroes who often used to die young, Giuseppe Garibaldi (1807-1882), nicknamed the « Hero of Two Worlds », had the privilege to grow old among his family in his house located on the island of Caprera, in the archipelago of Maddalena on the north-east coast of Sardinia, where his grave is facing the Mediterranean sea he loved so much. However, his old days were those of a man with painful arthritis and who was hardly able to walk because of the sequel of a bad wound he got at Aspromonte, in Calabria, in 1862 during the wars of Risorgimento. Garibaldi avoided the amputation of his leg considering that, thirty years before X rays discovery, it was not so obvious to locate a projectile in a wound. The bullet was finally extracted by an Italian surgeon thanks to the instructions of a French surgeon who invented, to locate the bullet, a simple but ingenious probe to which he gave his name : the Nélaton's probe.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) GALLO M. - *Garibaldi. La force d'un destin*. Paris, Tallandier, 2012.
- 2) DOBSON J. - A surgical problem of the last century : Garibaldi's bullet and Nélaton's probe. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 1953 Oct., 13 (4), 266-269, A supplementary note on Nélaton's probe by J. Dobson : 340-341.
- 3) GARIBALDI G. - *Mémoires*. Traduction par Alexandre Dumas. Mercure de France 2017

- 4) HANNOTIN D. - Chirurgien de Napoléon III Auguste Nélaton (1807-1873) ou la guerre de 70 aurait-elle pu être évitée ? *SPM*, 2016.
- 5) *Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires*. 1863, série 3, n° 18 (biusante.parisdescartes.fr).
- 6) LECOMTE O. - *De l'exploration des balles dans les plaies par armes à feu des os et des articulations*. Victor Rozier éditeur, Paris, 1863, Librairie de la Médecine, de la Chirurgie et de la Pharmacie militaire (gallica.bnf.fr).
- 7) CIOTTA A. - *La Maddalena e Museo Garibaldino*. Caprera-Sardegna, Italo Innocenti, neapolis 2008.
- 8) BOUDARD R. - Stylet-sonde de Nélaton ayant servi pour Garibaldi. *Compte-rendu de la S.S.N.A.H.C*, 1955, Tome 35, 238.
- 9) BLAIRET L. - *L'Armée des Vosges et les Garibaldiens (Nouvelle édition)*. Ed. Hachette Livre BnF, 1891.

La Saga du système Rénine-Angiotensine-Aldostérone

The Saga of the Renin-Angiotensin-Aldosterone system

par Hernan VALDES-SOCIN*

Introduction

La percée des secrets de l'hypertension artérielle et du système rénine-angiotensine-aldostérone s'inscrit dans la légende des sciences du vivant. Comme dans toute légende, la saga du système rénine-angiotensine-aldostérone est rythmée par le succès mais aussi par les échecs de nombreux chercheurs¹. À la fin du XIX^e siècle et tout au long du suivant, des hommes et des femmes issues des coins les plus reculés de la planète, se sont investis, corps et âme, dans la quête des mécanismes nerveux et hormonaux régulant la tension artérielle. La pandémie actuelle du COVID-19 et le tropisme particulier du SARS CoV2 (acronyme anglais de : *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) pour l'enzyme de conversion (ACE-2) de l'angiotensine II ont remis les feux des projecteurs sur le puzzle du système rénine-angiotensine-aldostérone².

Maintenant, comme avant, la saga du système rénine-angiotensine-aldostérone se poursuit dans les laboratoires, à un rythme effréné et à l'échelle mondiale. Bien que quatre-vingt ans se soient écoulés depuis la

Séance du 20 mars 2021

* hg.valdessocin@chuliege.be

découverte de l'angiotensine, il est bien possible que cette cascade biologique ne nous ait encore pas livré tous ses secrets. Dans cette brève synthèse, il nous semble intéressant, mais aussi utile, d'amener le lecteur dans un voyage dans le temps pour rappeler certains faits marquants inspirant les découvertes du système rénine-angiotensine-aldostérone.

La régulation nerveuse de la pression artérielle

Entre les années vingt et trente du vingtième siècle, plusieurs chercheurs contribuèrent à identifier les mécanismes neurogéniques de la pression artérielle. Heinrich Ewald Hering (1866–1948), physiologiste viennois, décrivit en Allemagne le nerf homonyme du sinus carotidien³. En 1927, il démontra que la section des deux nerfs des sinus carotidiens s'accompagnait d'hypertension artérielle, dans différents modèles animaux, incluant le lapin³. En Espagne, Fernando de Castro, un élève du prix Nobel Santiago Ramon y Cajal, décrivit avec la teinture argentée de Ramon y Cajal, la riche innervation du sinus carotidien et du glomus carotidien. En Belgique, Corneille Heymans (1892-1968), travaillant avec son père Jean-François, confirma les expériences de Hering, chez le chien (Fig. 1). La section des



Fig. 1 - Corneille Heymans (1892-1968).

deux nerfs de Hering entraînait de l'hypertension et de la tachycardie. Intrigué par les études neuroanatomiques de Fernando de Castro, Corneille Heymans démontra, à son tour, le rôle physiologique insoupçonné du sinus carotidien et du sinus aortique, reconnu aujourd'hui comme le baroréflexe cardiaque. Le savant gantois démontra que ces deux petits organes ou *glomus*, contribuaient à intégrer, à leur tour, l'activité du centre respiratoire avec les réflexes chimio et pressorécepteurs⁴. Le prix Nobel de physiologie ou de médecine lui a été décerné en 1938 « pour la découverte du rôle joué par le sinus aortique dans la régulation de la respiration ». Les mécanismes nerveux de régulation de la pression artérielle se complétaient avec l'identification de centres vasomoteurs intégrateurs au niveau du tronc cérébral bulbaire, représentés par le noyau du Tractus Solitaire et le noyau dorsal du Vague.

La régulation rénale de la pression artérielle

John Loesch (1897-1965) est né en Autriche-Hongrie. Émigré aux États-Unis en 1924, il publia les résultats préliminaires de ses

recherches sur l'hypertension d'origine rénale dès 1927, en induisant une ischémie rénale chez le chien ⁵. Ses travaux originaux, publiés en allemand, restèrent longtemps méconnus. En outre, Loesch ne fit pas de l'hypertension son domaine de recherche. Harry Goldblatt (1891-1977), né en Iowa (USA) eût une meilleure destinée, et le travail qui le rendit célèbre, fut publié en 1934⁶. Alors que Loesch explantait le rein et induisait une occlusion intermittente du pédicule rénal (artère et veine rénale) à l'aide d'une bandelette en caoutchouc, Goldblatt produisait une constriction de l'artère rénale (rein sur place) à l'aide d'un clip en argent⁵, ⁶. La section des nerfs sympathiques n'empêchait pas, dans ce modèle, le développement de l'hypertension artérielle. John Loesch ainsi que Harry Goldblatt et ses collaborateurs mettaient au point un modèle expérimental qui bouleversa la recherche dans le domaine de l'hypertension artérielle. Tous les deux, démontrèrent qu'une réduction de la perfusion artérielle rénale s'accompagnait d'une hypertension artérielle permanente chez le chien. Cette technique expérimentale bien reproductible, a permis à d'autres chercheurs, des notables avancés sur les mécanismes favorisant l'hypertension artérielle.

La régulation hormonale de la pression artérielle

En 1898, les expériences du Finlandais Tigerstedt et de son étudiant danois Bergmann démontrèrent que les injections d'extraits du cortex rénal produisaient une élévation de la pression artérielle. Ils appelèrent rénine la substance protéique responsable de cette élévation tensionnelle⁷. En 1923, Franz Volhard (1872-1950) avança l'idée d'une substance « vasospastique » pouvant déterminer une hypertension maligne induite par la vasoconstriction périphérique. Les essais de Volhard pour isoler cette substance vasoconstrictrice se révélèrent infructueux¹. Tigerstedt ne poursuivra pas ce sujet de recherche à son retour en Finlande. La rénine, ne sera purifiée que des dizaines d'années plus tard par les équipes de Pierre Corvol et Joël Ménard à Paris⁸, Murakami, Inagami et Haber, alors que la découverte de cette mystérieuse substance hypertensive reste insaisissable¹.

Le modèle d'hypertension rénale de Goldblatt mobilisa les efforts de la communauté scientifique pour découvrir la substance rénale responsable de l'hypertension. Ainsi, les effets presseurs des extraits de rein ischémique ont été rapportés en 1936 par les équipes de Tinsley R. Harrison⁹ et celle de Myron Printzmetal¹⁰ qui donnera son nom à l'angine de poitrine homonyme. Ces découvertes déclenchèrent une course internationale à la recherche du Graal de l'hypertension¹.

L'hypertensine

En Argentine, à l'institut de Physiologie de Buenos Aires, le prix Nobel Bernardo Houssay (1887-1971) s'intéressa activement à l'hypertension artérielle¹¹. En 1933, le Dr Braun-Menéndez pratiqua l'occlusion partielle de la veine rénale chez le chien mais l'hypertension obtenue était inconstante, raison pour laquelle le modèle fut abandonné. En 1934, un des étudiants de l'institut, J. C. Fasciolo (1911-1993) se vit confié comme sujet de thèse l'hypertension « néphrogénique ». Ce choix était en grande partie influencé par la mort prématurée d'un des membres de l'équipe de Houssay, le Dr Juan Guglielmetti (1891-1922), suite à une hypertension maligne. Ainsi Houssay et Fasciolo greffèrent en 1937 un rein ischémique dans le cou de chiens préalablement néphrectomisés induisant une hypertension chronique¹². L'expérience fut renouvelée par Houssay et Taquini sur le crapaud *Buffo arenarum Henle* avec les mêmes résultats¹³. Toutes ces expériences suggéraient la sécrétion par le rein d'une substance hypertensive. Les résultats furent confirmés par d'autres équipes, comme celle du Belge, Corneille Heymans. Quelle était la nature de cette mystérieuse substance ?

Sous l'impulsion de Houssay, Eduardo Braun Menéndez (1903-1959) forma une équipe avec les Dr J. C. Fasciolo, Juan Maria Muñoz, Taquini



Fig. 2 - Groupe de travail des chercheurs de l'Institut de physiologie de l'université de Buenos-Aires qui, travaillant sur l'hypertension rénale, allaient découvrir l'angiotensine. De gauche à droite, assis : J.C. Fasciolo, J.M. Muñoz, B.A. Houssay et L.F. Leloir. Debout : A.C. Taquini et E. Braun Menéndez (1940). (Hist. Sc. Méd., 2018).

et Luis Federico Leloir (Prix Nobel de chimie 1970). Alors qu'Eduardo Braun-Menéndez (1903–1959) et Fasciolo apportaient leurs compétences physiologiques et pharmacologiques, Leloir (1906-1987) et Muñoz s'occupaient des aspects chimiques (Fig. 2). En 1939, ils réussissaient à extraire, avec de l'acétone, une substance vasoconstrictrice du sang veineux des reins rendus ischémiques¹⁴. Cette substance produisait une hypertension artérielle pendant quelques minutes. Un scénario très différent s'observait lorsque les reins ischémiques étaient implantés dans le cou, l'hypertension artérielle était alors prolongée. La substance isolée était stable à la chaleur, dialysable et hypertensive. Bref, ces caractéristiques différenciaient cette substance des effets de la rénine, dont l'action hypertensive était prolongée¹⁵. L'équipe argentine nomma cette substance *hypertensine*. Ils démontrèrent pour la première fois que la rénine sécrétée par des extraits de cortex rénal agissait comme une enzyme, afin de produire l'hypertensine (angiotensine). Ils nommèrent le substrat protéique de la rénine : hypertensinogène (angiotensinogène). Ils démontrèrent qu'il était produit par le foie. L'hypertensine était inactivée par l'action d'autres enzymes appelées hypertensinases (enzyme de conversion de l'angiotensine ou ACE)¹⁴.

L'angiotonine

Deux mois après la publication argentine, les Drs Irvine Henley Page (Fig. 3) et O. M. Helmer travaillant pour Eli Lilly Research Laboratories (Indianapolis), publièrent leur étude démontrant l'existence d'une substance rénale vasoactive capable de produire une élévation de la pression. Leurs résultats étaient en accord avec ceux rapportés par l'équipe argentine mais avec une approche différente. Ils concentraient la rénine à partir d'extraits de parenchyme rénal et ils étudiaient son effet vasoconstricteur dans la queue de chien et l'oreille du lapin. En 1940, ils isolaient par des méthodes chimiques semblables l'angiotonine (angiotensine)¹⁵.

L'affaire de l'angiotensine : *a Gentlemen's agreement*

Pendant quelques années, il régna une confusion sur l'identité des deux substances décrites par les deux équipes de recherche nord-américaine et sud-américaine. En 1957, la Conférence régionale sur les mécanismes de base de l'hypertension artérielle de l'Université du Michigan se tint en honneur des 25 ans de la découverte de Goldblatt, à Ann Arbor (USA). À l'instar de deux *gentlemen* et au-delà de tout conflit, Braun-Menéndez et Page s'y rencontrèrent. En sirotant un verre de Martini à la main, les deux responsables des équipes, jadis concurrentes, se mirent d'accord sur



Fig. 3 - Irvin H. Page (1901-1991).

une nouvelle nomenclature. Enfin, en sellant leur accord à partir d'un bref rapport publié dans la prestigieuse revue « Science », ils combinèrent les noms d'hypertensine et d'angiotonine pour en créer celui d'angiotensine^{16, 17}. L'amitié des deux chercheurs resta exemplaire, jusqu'à la disparition tragique de Braun Menéndez lors d'un accident aérien en Argentine. C'était une après-midi orageuse du 16 janvier 1959, le jour de son anniversaire¹.

Les autres pièces du puzzle du système rénine-angiotensine-aldostérone s'assemblaient

Dans les années 1940, un puissant minéralocorticoïde appelé électrocortine fut décrit par Grundy. En 1953, l'Anglaise d'origine russe, Sylvia Agnès Sophia Tait (1917-2003) et James Tait développèrent un *bioassay* pour sa détection¹. En collaboration avec Tadeus Reichstein (1897-1996) de Bâle (Prix Nobel de physiologie ou médecine 1950 « pour ses découvertes sur les hormones du cortex des glandes surrénales, leur structure et leurs effets biologiques »), ils cristallisèrent 21 mg d'électrocortine à partir de 500 kg de viscères. Cette hormone sera ensuite rebaptisée « aldostérone ». En 1955, Jerome W. Conn (1907-1994) décrivit l'hyperaldostéronisme primaire, à partir d'un cas d'adénome surrénalien¹. Skeggs et coll. réussirent à isoler le décapeptide Angiotensine I (Ang I) et l'octopeptide Angiotensine II. Ils identifièrent également l'enzyme de conversion d'angiotensine (ACE) permettant de convertir Ang I en Ang II. Lentz et coll., Elliot et Peart contribuèrent à définir la structure d'Angiotensine II (Ang II). En 1950, les équipes de Bumpu et Schwyzer synthétisèrent l'angiotensine¹.

Les contributions du chimiste argentin Miguel Angel Ondetti (1930-2004) et de l'américain David Cushman (1939-2000) furent également

importantes¹⁸. Travaillant pour le laboratoire Squibb, ils synthétisèrent en 1975 le captopril, le premier des inhibiteurs de l'ACE, qui deviendra un *blockbuster* dans le traitement pharmacologique de l'hypertension¹⁸.

Conclusions et Perspectives

La saga du système rénine-angiotensine-aldostérone est source d'inspiration pour tous les chercheurs des sciences de la vie. En décembre 2019, une pneumonie causée par un nouveau coronavirus appelé SARS CoV-2 est apparue à Wuhan dans la province du Hub, en Chine². Ce virus a comme porte d'entrée dans l'organisme, l'enzyme de conversion 2 (ACE-2) qui est une carboxypeptidase homologue de l'enzyme de conversion (ACE) de l'angiotensine, exprimée dans tous les tissus. Ce virus entraînerait une diminution de l'activité d'ACE-2. Cette baisse d'activité serait un facteur aggravant les lésions inflammatoires induites par le COVID-19, en particulier au niveau des poumons. Le 11 mars 2020, la pandémie virale COVID-19 touchait successivement l'Europe, les Amériques, pour devenir planétaire. Mais ceci est une autre histoire...

Remerciements : à Véronique Gatzweiller, pour l'assistance technique et au Pr V. Gennen pour la relecture du manuscrit.

RÉSUMÉ

Le système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) est une élégante cascade d'hormones et d'enzymes régulant la pression artérielle. Ses principales composantes ont été identifiées entre la fin du XIX^e siècle et l'année 2000 (découverte de l'enzyme de conversion de l'angiotensine de type 2). Comme dans toute légende, la saga du SRAA est rythmée par les succès mais aussi par les échecs de nombreux chercheurs. Dans cette synthèse historique, nous amenons le lecteur dans un voyage dans le temps pour rappeler certains faits inspirant les découvertes du SRAA.

SUMMARY

The renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) is an elegant cascade of hormones and enzymes regulating blood pressure. Its essential components were identified between the end of the 19th century and the year 2000 (discovery of the conversion enzyme of type 2 angiotensin). As in any legend, the saga of the RAAS is punctuated by success but also the defeats of many researchers. In this historical review, we take the reader on a journey back in time to recall some important facts inspiring RAAS discoveries.

NOTES

- 1) VALDES-SOCIN H. - Cardiovascular System. In: Valdes-Socin H., Jouret F. *Physiopathology for Biomedical Sciences Students*. University of Liege, Liege, Belgium (2020).
- 2) VALDES-SOCIN H., JOURET F., VROONEN., SCHEEN A., LANCELLOTTI P. - Renin-angiotensin-aldosterone system: brief history and questions related to the COVID-19 pandemic. *Rev. Méd. Liège*. 2020, Sup75(S1), 123-129.
- 3) HERING H.E. - *Die Karotissinusreflexe auf Herz und Gefäße vom normal-physiologischen, pathologisch-physiologischen und klinischen Standpunkt*. Steinkopff, Dresden, 1927.
- 4) HEYMANS J.F., HEYMANS C. - Sur les modifications directes et sur la régulation réflexe de l'activité du centre respiratoire de la tête isolée du chien. *Arch. Int. Pharmacody.*, 1927, 33, 273-370.
- 5) LOESCH J. - Further observations in experimental nephritis. *Arch. Path.*, 1927, 4, 495-496.
- 6) GOLDBLATT H., LYNCH J., HANZAL R. F., SUMMerville W.W. - Studies on experimental hypertension, I: the production of persistent elevation of systolic blood pressure by means of renal ischemia. *J. Exp. Med.*, 1934, 59, 347-379.
- 7) TIGERSTEDT R., BERGMAN P.G. - Niere und Kreislauf. Skand. *Arch. Physiol.*, 1898, 8, 223-271.
- 8) CORVOL P., DEVAUX C., ITO T., SICARD P., DUCLOUX J., MENARD J. - Large scale purification of hog renin. Physicochemical characterization. *Circ. Res.*, 1977, Nov.41, 5, 616-622.
- 9) HARRISON T.R., MASSON M.F., RESNIK H., RAINEY J. - Changes in blood-pressure in relation to experimental renal insufficiency. *Tr. A. Am. Physicians*, 1936, 51, 280.
- 10) PRINTZMETAL M., FRIEDMAN B. - Pressor effects of kidney extracts from patients and dogs with hypertension. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 1936, 35, 122.
- 11) VALDES-SOCIN H. - Bernardo Alberto Houssay (1887-1971), sa contribution à la physiologie hypophysaire. *Histoire des Sciences Médicales*, 2018, t. LII (1), 65-72.
- 12) HOUSSAY B.A., FASCIOLO J.C. - Demostración del mecanismo humoral de la hipertensión nefrógica. *Bol. Acad. Nac. Med.*. 1937, 18, 342-344.
- 13) HOUSSAY B.A., TAQUINI A.C. - Acción vasoconstrictora de la sangre venosa del riñón isquemiado. *Rev. Soc. Arg. Biol.*, 1938, 14, 5.
- 14) BRAUN MENÉNDEZ E., FASCIOLO J.C., LELOIR F. et al. - La substancia hipertensora de la sangre del riñón isquemiado. *Rev. Soc. Arg. Biol.*, 1939, 15, 420.
- 15) PAGE I.H., HELMER O.M. - A crystalline pressor substance (angiotonin) resulting from the reaction between renin and renin activator. *J. Exp. Med.*, 1940, 71, 29.
- 16) PAGE I.H., HELMER O.M., PLENTL A.A., KOHLSTAEDT K.G., CORCORAN A.C. - Suggested change in designation of "reninactivator" (hypertensinogen) to "renin-substrate (a2globulin)". *Science*, 1943, 98, 153.
- 17) BRAUN-MENÉNDEZ E., PAGE I.H. - Suggested revision of nomenclature : angiotensin. *Science*, 1958, 127, 242.
- 18) ONDETTI M.A. - From peptides to peptidases: a chronicle of drug discovery. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 1994, 34, 1-16.

Les blessures invisibles : traumatismes auditifs et mutilés de l'oreille pendant la Première Guerre mondiale

*Invisible injuries : hearing traumas and ear mutilated
victims during World War I*

par Benoît TAHON*

Dans un film réalisé en 1931 et intitulé *L'homme que j'ai tué*, le réalisateur allemand Ernst Lubitsch donne à voir et à entendre, dans une brève séquence d'ouverture, quelques-uns des traumatismes dont les soldats de la Première Guerre mondiale furent les victimes. Au milieu des coups de canon, des cloches qui sonnent et des cris de liesse de la foule assemblée, la caméra, au ras du sol, filme le défilé de la victoire à travers la béance de la jambe coupée d'un « estropié », et, tandis qu'apparaît à l'écran un panneau « silence », un homme se réveille brutalement sur son lit d'hôpital en hurlant et en secouant frénétiquement la tête au milieu des coups de canons qui tonnent. Par ces derniers plans, le réalisateur allemand rappelle combien les traumatismes auditifs se manifestent jusque dans le sommeil hanté de combattants commotionnés. Il n'est d'ailleurs pas impossible de penser que ces « délires oniriques » furent partagés par de très nombreux poilus,

Séance du 20 mars 2021

* 55, rue de l'Alcazar, 59800 Lille, benoittahon@aol.com

au point qu'en 1981 l'un d'eux avoue : « Des fois, la nuit, j'entends encore des obus et je saute en bas de mon lit ! »¹.

Au déclenchement du conflit, le monde médical ne se trouve plus seulement confronté aux nombreuses pathologies auditives qui existaient déjà avant-guerre². Dorénavant, c'est par milliers que des hommes risquent une surdité plus ou moins sévère, affluant massivement dans les hôpitaux et centres spécialisés de l'arrière³. Afin de mesurer l'ampleur du phénomène, il conviendra de s'interroger sur les conditions dans lesquelles ces blessés de l'oreille sont pris en charge au front comme à l'arrière, sur les symptômes qui caractérisent des blessures qui relèvent à la fois de l'« organique » et du psychique, enfin sur les méthodes de rééducation dont certaines, originales et novatrices, suscitent de vifs débats au sein du corps médical.

Prise en charge et évaluation des blessés de guerre de l'oreille

Sur le champ de bataille, les blessés sont transportés par les brancardiers vers les postes de secours et les ambulances divisionnaires dans lesquelles ont lieu, de manière très inégale au début de la guerre, des consultations réalisées par des officiers qui ne sont pas nécessairement des spécialistes ORL. En fonction de la gravité des blessures, les soldats sont triés et conduits dans les différentes structures de soin qui jalonnent la zone des armées afin d'être examinés. Si les médecins séparent ceux qui nécessitent des interventions chirurgicales (traumatismes directs) de ceux qui n'ont pas de blessures apparentes (traumatismes indirects), l'objectif principal reste de guérir le maximum de victimes pour « empêcher un nombre considérable d'éclopés des oreilles, pouvant néanmoins être utilisés dans les services de l'avant, d'être évacués à l'arrière »⁴. Cette préoccupation renvoie, non seulement au souci de garder mobiliser des soldats qu'on peut croire légèrement atteints (mais qui en réalité le sont plus profondément) mais aussi à la répartition, inévitablement conflictuelle, qui existe dans le domaine de la santé entre l'autorité du Haut Commandement et celle des responsables politiques⁵. À partir de 1915, des « centres de spécialités », qui intègrent des centres de rééducation orthophonique ou des Institutions pour les sourds et muets de guerre, se généralisent dans les différentes régions militaires. Au « Centre des maladies de l'oreille, du larynx et du nez » de Bordeaux, Émile Moure, l'un des fondateurs de l'ORL en France, établit un premier rapport concernant 779 malades examinés entre le 1^{er} novembre 1914 et le 31 janvier 1915.

Comme pour la comptabilité d'autres blessés, l'évaluation du nombre des « mutilés de guerre de l'oreille » reste problématique. En raison de la confusion qui règne dans l'organisation de l'évacuation des blessés au

début de la guerre et des approximations dans l'élaboration des statistiques concernant le nombre et la nature des blessures – au moins jusqu'en mars 1915 pour la zone de l'intérieur et juillet 1916 pour la zone des armées, on peut admettre qu'un certain nombre de « mutilés de l'oreille » échappent à tout enregistrement⁶. Et cela d'autant plus facilement que le soupçon de simulation à l'égard de blessures peu glorieuses, minimisées et « invisibles », donc supposées non invalidantes, conduit à une sous-estimation généralisée⁷. On ne peut donc s'avancer dans ce domaine qu'avec prudence.

L'otorhinolaryngologiste américain William Sohier Bryant, qui s'est porté volontaire auprès du service d'ORL de la 5^e région (Orléans), propose les évaluations suivantes pour 1917⁸ : au front, dans la zone des armées, 16 % des malades transportés vers les « hôpitaux d'évacuation » (HOE : « Hôpitaux d'Opération et d'Évacuation », initialement « Hôpitaux d'Origine des Étapes ») sont des blessés de l'oreille. Parmi ces blessés, 4,25 % sont évacués vers l'arrière. Pour la zone de l'Intérieur, il comptabilise 9 % de blessés de l'oreille sur l'ensemble des malades.

	Zone des armées			Zone de l'intérieur
	AVANT	ÉTAPES	ARRIÈRE	
<i>ORL./total sick</i>	-	8 %	18 %	9,5 %
<i>Ear cases/total sick</i>	16 %	6,25 %	14 %	9 %
<i>Ear cases/ORL total</i>	-	78 %	90 %	90 %

Tableau I - *Prévalence des blessés de l'oreille dans l'armée française (1917)
 d'après W. S. Bryant*

Si l'on considère le nombre d'évacuations vers la zone des armées pour l'année 1917, soit 301 167 (203 170 blessés et 97 997 malades), on atteint le chiffre de 48 186 évacués de l'oreille. Pour les évacuations vers l'Intérieur en 1917, elles s'élèvent à 276 662 (187 394 blessés et 89 268 malades), on obtient donc le chiffre de 24 899 évacués pour blessures ou maladies de l'oreille⁹. L'importance des blessés et malades de l'oreille dans la zone des armées s'explique par le fait qu'une partie des affections dont les soldats sont victimes peuvent se résorber d'elles-mêmes par un temps de repos dans les postes de secours ou les ambulances (moins de 4 jours), ou bien guérir par des soins prodigués dans les HOE (de 4 à 20 jours). Il n'est pas

impossible d'ailleurs qu'une partie de ces « blessés légers » aient contribué à l'engorgement des hôpitaux d'évacuation, notamment lors de l'offensive du Chemin des Dames (110 000 évacués). Il convient néanmoins de rester prudent à l'égard de ces chiffres : l'évacuation n'étant pas l'évacué, ce dernier a pu être blessé et transporté à plusieurs reprises. À l'inverse, de nombreux blessés « légers », et ce devait être le cas de ceux de l'oreille (surdité passagère, bourdonnement, sifflement...), ont supporté leur souffrance sans forcément se manifester auprès des services médicaux, ou n'ont tout simplement pas été enregistrés par les services de chirurgie dans la zone des armées. Pour avoir une idée plus juste du nombre de blessés de l'oreille par rapport aux statistiques officielles, W. S. Bryant estime qu'il faudrait au moins en doubler le nombre¹⁰. L'ampleur des lésions auditives qui frappent nombre de combattants français doit être étendue à toutes les armées. À titre d'exemple, Alfred Peyser, qui fut médecin dans un bataillon allemand, avance des chiffres qui recourent en partie ceux des spécialistes dans l'armée française : 12 % des blessés qu'il examine sont atteints de lésions auditives et le chiffre monte à un peu plus de 13 % pour son confrère Karl Albrecht (270 sur 2 013 soldats auscultés)¹¹.

À ces statistiques générales, il faut ajouter des statistiques comparées établies par les médecins ORL en fonction de la nature de la blessure. William Sohler Bryant rappelle que les blessures de l'oreille sont aussi, voire plus nombreuses que celles de l'œil. Elles représentent entre 78 et 90 % des cas en ORL (*Tableau I*). Le médecin canadien J. K. Milne Dickie, qui servit en France entre 1915 et 1919, confirme que les pathologies auditives dépassent de loin celles du nez ou de la gorge, situation sanitaire inverse de celle que l'on trouve habituellement dans le civil. Ainsi, les multiples affections (*complaints*) de l'oreille (surdité, douleur, acouphènes...) représentent 72,5 % des cas observés en ORL contre 18,5 % pour les affections du nez et 9 % pour celles de la gorge. Quant aux maladies (*pathological conditions*) le chiffre s'élève à 60 % (otite...) ¹². Sur 1 000 malades soignés au Stobhill Hospital de Glasgow, le capitaine A. Brown Kelly comptabilise, à la date du 21 janvier 1916, 484 affections de l'oreille soit près d'un malade sur deux (et 66 % des cas en ORL) ¹³. En Italie, d'après W. Sohler Bryant, qui a visité plusieurs hôpitaux au début de l'année 1918 (Milan, Rome, Sud de l'Italie), 80 % des malades en ORL relèvent des services d'otologie et, parmi eux, 90 % souffrent d'une otite moyenne purulente, la « peste de la guerre » selon l'un des spécialistes italiens ¹⁴. Au total, on peut raisonnablement considérer qu'une admission sur dix dans les hôpitaux de l'intérieur relève de la spécialité ORL, et qu'une grande majorité – entre la moitié et les deux

tiers des malades traités dans les services ORL – est hospitalisée pour des affections de l'oreille.

Quelle part ces blessés et malades de l'oreille occupent-ils après-guerre parmi les invalides ? En mars 1922, les victimes « d'affections des oreilles » s'élèvent en France à 11 899, soit 2,9 % des invalides (en tête arrivent les maladies infectieuses et respiratoires, respectivement pour 31,9 et 23,3 %) alors que les invalides des yeux sont au nombre de 10 282, soit 2,5 % du total des invalides¹⁵. On compte officiellement 16 000 pensionnés en 1926, 17 000 en 1930 mais Robert Morche, le président de l'association des Mutilés de guerre de l'oreille (1924) estime entre 80 000 et 100 000 le nombre d'anciens combattants souffrant d'une surdité partielle et méritant, à ce titre, réparation. De son côté, W. S. Bryant évalue à 24 % le nombre de soldats en droit de réclamer une pension d'invalidité, soit plus de 190 000 anciens combattants si on les rapporte à l'ensemble des soldats mobilisés. Devant l'ampleur du nombre d'invalides des oreilles, Robert Morche œuvrera sans relâche après-guerre « pour faire accorder aux mutilés les dédommagements pécuniaires, les soins et l'appareillage auxquels ils ont droit ». Son combat consiste principalement à relever le taux d'invalidité pour les sourds complets de 65 à 85 %, et de 40 à 50 % pour les surdités partielles. Face à une opinion publique sans doute moins sensibilisée qu'à d'autres « dégâts corporels », la plupart des médecins auristes rappellent que « les mutilés de l'ouïe sont, à tous égards, aussi dignes d'intérêt que les autres. Non seulement leur infirmité les met dans l'impossibilité d'exercer leur profession, mais encore, les rend complètement étrangers au monde extérieur » et peut « avoir une répercussion extrêmement fâcheuse sur l'avenir de ceux qu'elle frappe ». Malgré cela, Robert Morche les qualifie toujours de « parias de la guerre », eux dont « l'absence de cicatrice visible, ou de blessure apparente [...] n'ont peut-être pas été à l'heure actuelle traités avec tous les égards auxquels ils ont droit [...] »¹⁶. En comparaison des aveugles qui attirent la compassion, les sourds souffrent régulièrement des « railleries de mauvais goût [...], devenant souvent la proie d'une méfiance et d'une tristesse qui engendrent de graves neurasthénies »¹⁷.

L'exploration des traumatismes auditifs chez les combattants comme les moyens d'y porter remède donnent lieu pendant la guerre à la publication de nombreux travaux et suscitent des débats parfois très vifs au sein de la communauté des chercheurs et des médecins. Les divergences d'opinion, de diagnostic et de traitement reposent d'abord sur des méthodes d'investigation et des instruments acoumétriques variés mais d'une précision très relative. Les diapasons, souvent employés, prennent en compte les vibrations

musicales pour mesurer les fréquences entendues par le patient. Quelques instruments plus élaborés existent, comme l'acoumètre du docteur Foy utilisé dans les hôpitaux pendant la guerre, mais il faut attendre 1923 pour voir apparaître le premier véritable audiomètre construit par la firme américaine Western Electric¹⁸. Si le *Journal des mutilés* en préconise l'emploi en 1926 car il est « d'un usage maintenant courant dans les services spécialisés », on souligne encore en 1928 que cet appareil est « d'un coût trop élevé pour être généralisé », et que les moyens d'évaluation des surdités, utilisés dans le cadre de la loi du 31 mars 1919 déterminant le taux de pensions à attribuer aux anciens combattants mutilés, demeurent très imparfaits :

Autant il est facile de déterminer par une méthode simple la mesure d'acuité visuelle, autant la mesure de l'acuité auditive offre des difficultés [...]. Pour la détermination de l'audition, les obstacles qui surgissent sont relatifs au choix de la source sonore et à l'intensité des sons à produire. Il n'existe pas une unité d'intensité sonore analogue aux unités d'intensité lumineuse. D'autre part, l'accord ne s'est pas encore réalisé entre auristes sur le choix de l'unité d'acuité auditive [...] les méthodes acoumétriques ne sont pas parfaites et permettent seulement d'atteindre à des approximations¹⁹.

L'acoumétrie phonique, c'est-à-dire l'emploi de la voix nue, est d'usage courant. L'acuité auditive est mesurée en fonction de l'intensité de la voix haute, moyenne ou chuchotée à différentes distances du sourd. Elle fait ainsi partie des tests utilisés pour l'évaluation de « l'aptitude physique au service militaire »²⁰. Avant-guerre, les conseils de révision procédaient à un examen de l'oreille externe et moyenne ainsi qu'à une évaluation de « la portée du champ de l'audition pour le langage » et du « degré d'acuité de l'ouïe pour les bruits faibles et réguliers »²¹. Cependant, les moyens d'évaluation restent superficiels et ne peuvent être véritablement déployés dans un laps de temps trop court. On se fie soit à l'arbitraire d'un médecin rarement spécialiste en otologie, soit au « certificat de notoriété » que fournit le conscrit. De plus, l'acoumétrie phonique laisse « une part individuelle trop grande à l'expert chargé de l'examen [...]. La façon dont l'expert articule, la force qu'il donne à sa voix, le timbre même de celle-ci sont autant de facteurs susceptibles de faire varier le coefficient dans des proportions notables » souligne après-guerre Robert Morche qui milite pour l'emploi des audiomètres ou au moins des diapasons afin d'obtenir une « estimation plus précise de la déficience auditive »²².

Les blessures de l'oreille : symptômes et étiologie

Constitué de blessures occasionnées par l'emploi d'armes vulnérantes (grenades, détonations d'explosifs, éclats d'obus, etc.) ou de maladies contractées au front (grippe, typhoïde...), l'ensemble des affections de l'oreille présente un large éventail de symptômes ainsi qu'un degré très variable d'invalidité.

Transgression physique

Pris sous le feu des bombardements, les combattants ont éprouvé des sensations qu'ils ont la plupart du temps ressenties par un dérèglement, plus ou moins long et profond, électrisant ou épuisant, du système nerveux. Les bruits des armes modernes²³ affectent le corps de ceux qui les entendent car « les coups de canon, les ondes balistiques, la foudre, les explosions produisent sur l'oreille des sensations spéciales bien distinctes de celles que provoquent les sons et les bruits ordinaires, même les plus intenses » note le scientifique Ernest Esclangon. En premier lieu, l'air comme le sol étendent les « vibrations de la bataille » qui, produites par les armes modernes, transgressent, par leur matérialité même, la barrière anatomique des combattants : « J'ai dormi, malgré le canon dont j'entends, dont je sens le bruit dans mon sommeil, comme s'il était au centre de moi-même et que les parois de mon être étaient l'acier de l'engin » rapporte avec force Elie Faure²⁴. Et l'artilleur Paul Lintier sait rendre l'effet que provoque le bourdonnement d'un obus sur le corps :

L'air devenu sonore, l'air qui vibre tout entier et dont les vibrations se communiquent aux chairs, aux nerfs, jusqu'aux moelles » et plus loin « dans cet enfer sonore [...] mon corps trépidant plutôt qu'il ne tremble. Le sang bouillonne dans ma tête, me bat les tempes ; une ceinture de fer m'étreint le ventre²⁵.

Les vibrations provoquées par le bruit des armes modernes impactent de nombreuses parties du corps et entraînent non seulement des bourdonnements dans les oreilles, mais aussi maux de tête, vomissements, problèmes cardio-vasculaires, dérèglements gastriques, *etc.*²⁶. L'impact physiologique est aggravé dans le cas de bombardements sur des structures métalliques, comme certaines casemates de forts ou les tourelles de tirs sur les navires de guerre. La transmission particulièrement rapide des ondes acoustiques, de l'ordre de 5 000 m/s pour le fer ou l'acier, de même que l'effet de réverbération, rendent très vite insupportables ces bruits et ces trépidations pour l'oreille jusqu'à causer des traumatismes irréversibles. Ces

questions avaient déjà alerté les médecins ORL lorsque le système de défense français avait remplacé certains abris en pierre par des coupoles en fer. Le docteur Étienne Ferrand s'en fait le rapporteur à la fin du XIX^e siècle lorsqu'il évoque les « coupoles en fer à deux canons si horriblement résonnantes que des lapins et autres jeunes animaux y ont été trouvés morts, tués par commotions cérébrales [...] ». Il ajoute que « les artilleurs ne se lancent pas seulement des projectiles, ils en reçoivent, ou du moins il en tombe autour d'eux qui ne sont pas moins redoutables pour l'ouïe que les coupoles qui les attirent (il s'agit des obus chargés de mélinite) ; l'éclat est si violent, qu'il a suffi pour tuer, instantanément, par commotion, des animaux non plus jeunes, mais résistants, soit des porcs d'un an mis en expérience »²⁷. Les « répercussions en profondeur » des bombardements sont décuplées dans le cas du pilonnage intense sur certaines structures fortifiées. Lors de la tentative de reprise du fort de Douaumont en mai 1916, les défenseurs allemands subissent les tirs de l'artillerie lourde française, « serrés les uns contre les autres le long des couloirs où vibrent puissamment les échos des explosions de l'artillerie française qui martèle la superstructure. Impressionnés par ce grondement incessant amplifié par la résonance des casemates souterraines, des hommes de la garnison deviennent fous ». Pour en décrire les effets, Arnold Zweig évoque tour à tour un « fracas déchirant », un « effroyable hurlement », un « tonnerre des temps préhistoriques » et prend l'image d'un « tamponnement de deux trains » pour traduire le choc sonore qui réveille alors l'un de ses héros²⁸.

Surdités organiques

Pour les soldats légèrement touchés, une surdité ou un bourdonnement passager qui affectent la perception sensorielle de l'environnement, une brève « inhibition » du nerf auditif, un endormissement ou au contraire une nervosité temporaire peuvent être les symptômes d'un dysfonctionnement momentané des organes de l'audition, d'une « surdité éphémère » ou d'un dérèglement « fonctionnel » passager. De quelques minutes à quelques heures de repos suffisent à retrouver ses esprits. Dans tous les cas, ces blessures ne nécessitent la plupart du temps que des soins dans les postes de secours du front car il s'agit de « petits commotionnés ». Pour les surdités plus graves, le *Larousse médical illustré* de guerre distingue les « surdités traumatiques directes » des « surdités indirectes »²⁹. Les premières proviennent de l'impact d'une balle, d'un éclat d'obus qui frappe l'oreille externe ou la boîte crânienne occasionnant ou non une fracture du rocher. L'usage d'explosifs puissants aggrave encore les traumatismes d'un « organe

sensoriel fragile [...] puisque c'est un organe crânien assez mal protégé »³⁰. Dans les statistiques concernant ce type de blessures, les surdités totales représentent entre 60 et 73 % des cas examinés. En comptant les surdités partielles, leur part atteint plus de 90 %. Elles s'apparentent parfois aux blessures constatées jusque-là sur les suicidés par « coups de feu de l'oreille »³¹. Ce type de blessures nécessite des opérations chirurgicales d'urgence ou réparatrices sur l'oreille externe.

Les « surdités indirectes », prises en charge par les médecins ORL, sont regroupées sous l'expression générale de « commotion labyrinthique »³², « terme un peu vague » qui englobe « les accidents dont l'anatomie pathologique est encore mal définie » notent les spécialistes Maurice Lannois et Fleury Chavanne. Celle-ci présente donc des formes variées, le patient souffrant habituellement de bourdonnements ou de sifflements permanents, de vertiges ou d'une perte de connaissance, parfois de vomissements et de nausées. Les « commotions labyrinthiques par déflagration »³³ proviennent « d'un seul éclatement intense et rapproché » ou « d'une série de chocs vibratoires par détonation ». Soit le bruit place « l'appareil auditif en état de vibration exagérée et éblouit le nerf acoustique » d'où « peut résulter une paralysie du nerf par épuisement » (surdité de perception), soit le déplacement d'air « blesse l'oreille non pas avec du fer ou du plomb mais par des gaz d'explosion » (surdité de transmission)³⁴. Cette dernière forme de surdité affecte particulièrement l'oreille de soldats qui subissent une explosion dans un « espace clos », un abri, une cave, une tranchée, la pression de l'air sur les différentes parties de l'oreille y étant plus forte. Outre l'intensité et la proximité du coup de feu ou de l'explosion, les médecins relèvent d'autres facteurs intervenant dans le degré de gravité de ces commotions comme l'état et la forme du conduit auditif ou encore « l'accommodation tympanique », c'est-à-dire la disposition d'un soldat qui, « averti par un sifflement croissant de l'arrivée de l'obus [...] se prépare à « écouter » le bruit et ouvre la bouche ». La trop grande résistance de la membrane tympanique peut occasionner des commotions labyrinthiques graves (la rupture, elle, absorbe une partie de l'énergie produite par l'explosion, et donc « l'altération labyrinthique est moindre » à moins qu'une infection entraîne des complications³⁵) avec une « surdité unilatérale le plus souvent, mais si marquée que l'oreille ne comprend même plus la voix criée ». La tête du patient est remplie « d'un vacarme de sifflements et de sonneries » qui s'estompe plus ou moins, mais « les sons aigus ne seront pas perçus ; pour une telle oreille, les oiseaux ne chanteront plus. En tout cas, la conversation sera impossible du côté atteint »³⁶. Les médecins observent un abaissement

de la limite supérieure de l'audition à 5 000 Hz pour les fréquences aiguës, ce qui correspond souvent aux atteintes auditives liées aux bruits d'explosion (entre 3 000 et 6 000 Hz), l'audibilité moyenne pour la voix humaine étant plutôt située entre 100 et 1 200 Hz. Dans certains cas enfin, la « surdité indirecte » provient d'un choc de la tête qui heurte un obstacle suite à une explosion. Transmise par « propagation » la commotion, avec ou sans rupture de tympan, représente la grande majorité des traumatismes auditifs pour les « blessés renversés et projetés à terre » et les « blessés ensevelis par les obus »³⁷. D'une manière générale, ces commotionnés forment dès 1914, et plus encore après l'ouverture de « centres de spécialités » à partir de 1915 (en avril, on compte 3 centres ORL à Paris), une part non négligeable des « grands sourds »³⁸. Cependant, l'examen des lésions occasionnées sur l'oreille interne par les détonations des explosions, ne permettent pas un examen approfondi de ses différents éléments et la « nécropsie des oreilles » n'étant pas pratiquée « en raison des grandes difficultés qu'elle présente et de l'expérience spéciale qu'elle exigerait », il est impossible d'établir de manière détaillée les mécanismes qui engendrent la surdité. Pour tenter de pallier ces lacunes, les professeurs Castex et Prenant mènent entre mars et août 1916 une série d'expérimentations sur des lapins et des cobayes « soumis aux détonations du canon » : « le 21 mars 1916, six jeunes lapins (...) ont subi 9 détonations successives. Puis ils ont été mis trois fois sous un 120 long à 6 mètres de la bouche. Le 155 produit une explosion plus bruyante. La pièce saute en reculant et ébranle le sol beaucoup plus fortement que le 120 long. La caisse qui contenait les lapins fut rompue par les détonations au point qu'il fallut la ficeler de tous côtés au cours des expériences ». Pour évaluer leur surdité, on les soumet ensuite aux bruits d'un sifflet ou aux aboiements de chiens : les lapins commotionnés « se tenaient tranquilles dans leur caisse, sans manifester le moindre émoi ». Des expériences similaires sont menées sur des cobayes le 23 mai puis le 17 août 1916. L'autopsie des animaux révèle que « l'ébranlement violent produit par les explosions d'obus détermine comme un écroulement dans le limaçon, une rupture cochléaire, principalement de la rampe cochléaire ». Sous la pression, les vaisseaux sanguins éclatent, l'organe de Corti s'est atrophié et les cellules ciliées sont endommagées³⁹. Certains médecins mettent cependant en cause ces résultats considérant que « la boîte crânienne des lapins est bien moins résistante que le crâne humain et que, par conséquent, on ne peut conclure du lapin à l'homme »⁴⁰.

En définitive, le terme générique de « commotion », employé dans le vocabulaire médical français, traduit mal la « diversité des troubles » et les

« différences d'interprétation et de classification de ces traumatismes »⁴¹. La surdité peut, par exemple, être l'un des symptômes de ces commotions au même titre que le mutisme, l'aphasie, les convulsions, les tremblements, les plicatures, *etc.* L'expression anglaise de *shell shock* (1915), utilisée par les médecins anglais, désigne des troubles nerveux, avec ou sans blessures visibles, liés aux explosions d'obus ou de mines qui éclatent à proximité des combattants⁴². Appliqués aux déficiences auditives, les « commotions nerveuses » frappent par exemple les soldats victimes d'enfouissement après un bombardement, mais bien d'autres situations de combat, devant lesquelles le soldat éprouve sa peur, conduisent à cet état clinique. À la distance, qui détermine la gravité de la commotion, s'ajoutent d'autres conditions, « la fatigue, la dépression nerveuse quelque origine qu'elles soient et tout particulièrement l'obnubilation, l'abrutissement que provoquent les bombardements intenses et prolongés ».

Surdités psychiques

Les expressions de « surdité psychique », de « surdi-mutité psychique », de « phénomène hystéro-traumatique » ou encore de « surdités névropathiques » désignent les troubles qui « affectent les stades supérieurs de la fonction auditive : sensation et identification auditives »⁴³. Les « sourds psychiques » semblent plonger dans une torpeur et comprennent difficilement ce qui est dit. Atteints d'hypoprosexie, ces sourds « *par distraction* », comme on les nomme parfois, sont pris en charge par des centres de neurologie et de psychiatrie de l'armée ou, pour les cas les plus graves, dans les hôpitaux et hospices de l'arrière⁴⁴. Si les lésions cérébrales, difficiles à déceler, ne sont pas totalement écartées dans l'explication des commotions, le facteur « émotionnel » est rarement avancé comme décisif⁴⁵. Il joue en revanche un rôle central dans la notion de « peur morbide acquise par hémorragie de la sensibilité » développée par le neuropsychiatre Paul Voivenel. À partir de 1917, les psychiatres aux armées emploient l'expression de « névrose de guerre »⁴⁶, qui annonce le « syndrome de stress post traumatique » (SSPT). Les symptômes sont à la fois physiques et psychiques, se manifestent immédiatement ou à retardement. Ils peuvent se traduire par des comportements confus, psychotiques, hallucinatoires, délirants, même si Paul Voivenel utilise peu la notion de « trouble mental » parce que « la peur est un caractère biologique naturel existant chez tout homme confronté à une situation de danger »⁴⁷. Tout autant que la « phobie de l'obus » c'est la peur du bruit de l'obus qui se manifeste chez les « émotionnés » :

[...] C'est parfois parce que le canon est une arme essentiellement bruyante qu'ils ont, par-dessus tout, la 'phobie du canon'. Mais ils craignent autant l'obus qui part que l'obus qui arrive, ils fuient dès qu'ils entendent ou qu'ils voient tirer un coup de canon⁴⁸.

L'action d'un « agent sonore externe » peut déclencher des crises chez ceux qui sont hospitalisés ou rendus à la vie civile⁴⁹. D'une manière générale, le malade souffre d'hyperacousie douloureuse, les « moindres grincements lui sont parfois pénibles et les chocs violents provoquent une douleur véritable et deviennent insupportables », la conversation est difficile voire impossible⁵⁰. Au choc physique (tremblement...) et sensoriel (hyperacousie...) s'ajoute le traumatisme psychique (hallucinations sonores...), décisif dans l'explication de certaines névroses de guerre⁵¹.

Néanmoins, pendant la guerre, distinguer les « hystéries » d'origine organique ou fonctionnelle d'une part et celles liées à des causes psychologiques ou psychiques – l'émotion ainsi que la « suggestion ou l'autosuggestion » – constitue une ligne de conduite largement partagée par les spécialistes depuis les travaux de Joseph Babinski⁵². Sophie Delaporte a montré la place de la simulation dans le discours médical et la volonté d'y apporter remède en particulier dans l'oto-rhino-laryngologie : « les médecins des centres d'ORL déploierent tout un arsenal de procédés capables de discerner les faux des vrais malades. Classiques pour la plupart, ils s'inscrivaient dans les *habitus* de soins de manière quasi institutionnalisée au point de les retrouver dans des brochures ou des livrets ou publiées dans la presse médicale »⁵³. Sur les fiches d'observation ORL élaborées pour déterminer le degré d'invalidité des patients, nombreux sont les rectificatifs définitifs de médecins qui « s'indignaient d'une évacuation pour surdité » ou soupçonnaient la « simulation »⁵⁴.

La surdi-mutité

Les troubles de l'audition sont parfois associées au dérèglement de la parole⁵⁵. Les statistiques rapportées par les médecins Roussy et Boisseau soulignent pour les troubles de l'ouïe ou de la parole une prédominance des surdi-mutités (43,5 %) par rapport à la surdité (34 %), à la mutité et au bégaiement (12 et 9 %)⁵⁶. Dans ces derniers cas, il peut s'agir d'un « bégaiement excessif, plus prononcé que chez les bègues les plus authentiques » et que l'on observe même lorsque le patient chante ! Les autres cas sont ceux des muets et des « aphones de guerre » que la plupart des médecins classent dans les troubles « fonctionnels » dont l'étiologie se

caractérisé par les conditions de vie pénibles de soldats « amaigris déprimés physiquement, et, ayant, en tout cas besoin de repos », des prédispositions physiologiques (un bégaiement ou une surdité héréditaire...) ou encore des troubles mécaniques ou moteurs (un blocage respiratoire, une paralysie musculaire). Pour les « mutilés de la parole », la rééducation orthophonique dure plusieurs mois et n'aboutit pas nécessairement à un recouvrement complet des facultés de la parole ou de l'audition⁵⁷.

Rééducation, prévention, protection

Si l'on excepte le cas des « simulateurs » les points de discussion concernant les traumatismes auditifs portent sur le degré d'invalidité des malades, sur l'efficacité des traitements administrés aux patients et sur la durée de leur hospitalisation. Pour étayer leurs analyses et leurs pratiques, de nombreux spécialistes publient les données chiffrées et les pourcentages établis à partir des cas plus ou moins nombreux qu'ils ont eu à étudier. En 1917, une enquête d'envergure nationale est menée par le docteur Berruyer, chef du centre ORL de Fontainebleau, afin de « condenser, dans un travail d'ensemble, les opinions de [ses] maîtres et de [ses] collègues sur la question et les différentes méthodes de rééducation de l'oreille mises en œuvre ». Pour cela, il fournit aux différents chefs d'ORL de régions militaires un questionnaire portant sur la fréquence des commotions labyrinthiques, le mode de traitement, le nombre de malades traités et les résultats obtenus. Le docteur Berruyer observe que la fréquence des « commotions labyrinthiques » varie de 2 à 22 % des sourds et explique ces écarts par une appréciation abusive de la surdité de certains malades qui ne souffrent pas d'anacousie, c'est-à-dire de surdité profonde, mais d'hypoacousie, c'est-à-dire d'une surdité réelle, parfois sévère mais rémissible⁵⁸. Dans les cas d'hypoacousie plus ou moins prononcée, il est admis par le corps médical que le repos et une rééducation auditive par la « voix nue » permettent des améliorations notables⁵⁹. Loin de toute victimisation des malades, les médecins s'accordent sur la nécessité pour le soldat sourd de mobiliser des ressources morales en vue de l'acceptation de son handicap car la rééducation auditive « ne saurait accomplir des miracles et faire qu'une oreille plus ou moins atteinte parvienne jamais à entendre comme avant la surdité [...], l'acuité auditive ne dépend pas seulement du pouvoir de perception de l'oreille, mais aussi de notre faculté de comprendre, de sentir et d'interpréter. L'état moral et la volonté peuvent aussi exalter sa puissance [...] »⁶⁰. L'emploi des forces morales, de la volonté ainsi que l'usage des facultés intellectuelles comme « la concentration des forces nerveuses » sont avancés comme décisifs pour

la rééducation du patient dans la mesure où les médecins déterminent mal les causes objectives d'éventuelles améliorations, ne sachant pas si « c'est l'outil qui s'est amélioré ou l'ouvrier qui est devenu plus habile »⁶¹. La rareté, affirmée par le docteur Berruyer, des cas de surdités totales s'inscrit une nouvelle fois dans la volonté du corps médical de restituer au plus vite à l'armée, soit dans l'active soit dans les services auxiliaires, les soldats blessés, simulateurs ou « persévérateurs ». Pour les blessés frappés d'anacusie, il n'est de toute manière que peu de solutions, d'autant plus que certains malades présentent déjà des déficiences plus ou moins lourdes sur le plan auditif avant la guerre, ce que celle-ci a finalement révélé. Les tares héréditaires et l'exercice de certaines professions manuelles exposées à un environnement très bruyant constituent des facteurs d'explication majeurs sinon exclusifs⁶². Mais l'étude du docteur Berruyer vise aussi à dénoncer un certain nombre de pratiques médicales.

Le docteur Marage et la « sirène à voyelles »

À côté de la méthode des signes qui substitue le geste à la parole ou celle de la lecture sur les lèvres, qui recueillent un large assentiment, certains médecins proposent et expérimentent des solutions innovantes, la plupart sujettes aux réserves d'une grande partie du corps médical : c'est le cas de celle de René Marage, docteur en médecine depuis 1887 et professeur à l'Université de Paris. Lauréat de plusieurs prix et membre de diverses sociétés savantes, il est spécialisé dans l'audition et a publié depuis les années 1880 nombre d'articles et d'ouvrages sur cette question. De mai à décembre 1915, à l'hôpital bénévole 3 bis de la Flèche (Sarthe), il soigne plusieurs centaines de blessés de guerre avant que le service ne soit fermé en raison « des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les malades et l'impossibilité de continuer pendant la mauvaise saison, avec une installation à peine possible en été »⁶³. Un nouveau service est ouvert à Bourges (Cher) de janvier à septembre 1916 et il est même doublé à partir du mois de mai. L'originalité des travaux du docteur Marage repose sur une réévaluation des méthodes de mesures de l'acuité auditive et sur des solutions apportées aux problèmes des surdités graves « produites par les explosifs puissants employés dans la guerre actuelle »⁶⁴.

Le docteur Marage propose l'usage d'un acoumètre original appelé « sirène à voyelles » qui « reproduit les voyelles naturelles au triple point de vue du timbre, de la hauteur et de l'intensité »⁶⁵. Prolongement des travaux qu'il avait entrepris en 1897-1898 sous la houlette d'Étienne-Jules Marey à Paris dans le domaine de la phonétique, son invention trouve avec la guerre un

nouveau terrain d'application : la « sirène à voyelles » serait, par exemple, le seul instrument capable de déterminer l'un des paramètres du « coefficient individuel » qui intervient, selon lui, dans les relevés de « pointage » que peuvent faire les observateurs employés dans les sections de repérage par le son (SRS), l'oreille étant dans ce domaine l'organe le plus « sensible » mais aussi le plus « inexact »⁶⁶. Mais c'est dans le domaine médical que sa fonction se révèle pour lui la plus opérante. En effet, son invention lui permet, en plus des méthodes classiques du « repos à la campagne » et de la rééducation par la voix, de procéder à un véritable traitement des sourds. Grâce à la « sirène à voyelles », des graphiques sont établis pour représenter les mesures de l'audition des patients classés selon cinq catégories, de la surdité la plus légère à la plus profonde (la dernière nécessitant l'usage d'un cornet acoustique). Les résultats publiés font apparaître des guérisons nombreuses aussi bien à la Flèche qu'à Bourges : les 93 réformables avant traitement ne sont plus que 27 après le traitement du docteur Marage et les 12 « service armé » du départ montent à 97. À Bourges, sur 241 cas de surdités, le taux de guérison s'établit à 75 % et le docteur Ranjard, un des élèves du docteur Marage et l'un des promoteurs de sa méthode, donne lui-aussi des chiffres encourageants : de 57 à 17 (réformables) et de 6 à 52 (service armé). S'y l'on y ajoute les soldats versés dans le service auxiliaire, on obtient des pourcentages de 80 % de réussite⁶⁷. Si l'objectif premier est, comme pour tous les autres spécialistes, d'ordre militaire « en rendant de nombreux soldats à l'armée » il est aussi, conclut le médecin, « financier, en diminuant le nombre et le chiffre des pensions, et social en permettant aux soldats libérés de reprendre leurs anciennes occupations »⁶⁸. De plus, pour le docteur Marage, si « dépister les simulateurs qui sont très nombreux » constitue un impératif, « ne pas accuser injustement de simulation un blessé qui est de bonne foi » relève en revanche d'une démarche initiale qui a le souci de mettre l'analyse scientifique au service des malades. Le procédé semble si prometteur qu'une circulaire ministérielle du 17 mai 1915 invite à envoyer en traitement à l'hôpital de La Flèche un certain nombre d'hypoacousiques. Les méthodes du docteur Marage suscite la curiosité de la part de la presse spécialisée dans laquelle le médecin multiplie les contributions, et ses interventions sont remarquées, comme celle qui eut lieu au Collège de France le 24 janvier 1916. Mais sa popularité s'étend aussi auprès d'un public plus large. La revue *Le mois littéraire et pittoresque* consacre ainsi l'un de ses articles aux méthodes du docteur Marage photographié en train d'ausculter des patients ou de suivre leur rééducation à l'hôpital militaire de La Flèche⁶⁹. Fort de ses résultats et de sa popularité, le docteur Marage

suscite l'enthousiasme chez certains confrères et observateurs, qui malgré les critiques qui se multiplient, continuent à lui apporter leur soutien :

La méthode Marage est une méthode de rééducation auditive qui donne rapidement de très beaux résultats. Son application est facile, le plus souvent utile et jamais nuisible. Son emploi devrait être généralisé grâce à elle il est possible de récupérer rapidement des infirmes guérissables qui, sans elle, sont destinés à augmenter notre déchet national ainsi que les charges du pays en privant la Patrie d'un bon nombre de ses défenseurs⁷⁰.

Pourtant, le docteur Marage irrite une bonne part de ses confrères. C'est le cas du professeur Berruyer pour qui la « démarcation entre les hypoacusies et les anacusies n'a pas été suffisamment précisée » signifiant que les malades gravement sourds, que René Marage prétend avoir guéri, ne l'étaient sans doute pas. Mais les principales attaques viennent des professeurs Lannois et Chavanne, médecins ORL de Lyon. S'ils prônent la rééducation par la parole et, pour les cas les plus graves, l'utilisation du langage sourd-muet c'est qu'ils dénoncent les « rééducateurs par appareil » qui font preuve de peu de modestie. Parmi leur cible principale : le docteur Marage avec qui on baigne en « plein mirage » ! Ils dénoncent une véritable supercherie quand ils rapportent que, dès 1906, celui-ci ne se présenta pas devant la commission chargée d'apprécier l'expérimentation de la sirène, ou que « les résultats de son service de La Flèche ne furent malheureusement pas aussi brillants que l'avaient été la réclame ». La fermeture du centre de rééducation de l'hôpital de La Flèche en décembre 1915 est le résultat moins de son incompétence que d'un aveuglement préjudiciable aussi bien pour les malades que pour l'armée : des deux patients, en provenance de ce centre, qu'examinèrent les professeurs Lannois et Chavanne, l'un est seulement « très dur d'oreille et déclare avoir été incommodé par le traitement » et l'autre est un simulateur. De même, si le service de l'hôpital de Bourges est fermé en septembre 1916 c'est « sur la demande de certains chefs de centre ORL »⁷¹. En effet, les critiques mettent en garde contre la dangerosité d'une telle méthode car « sorti du bruit de la mitraille, le labyrinthe n'a que faire du fracas des appareils vociphoniques »⁷². Selon eux, la guerre a surtout offert au docteur Marage l'opportunité de tester sur de nombreux cobayes une machine dont les principes même de fonctionnement sont remis en cause par plusieurs médecins. Que la « sirène à voyelles » puisse évaluer l'acuité auditive des sourds de guerre est peu probable : « ce serait tout au plus un mauvais phonographe reproduisant seulement quelques voyelles,

ayant en outre le défaut d'être très coûteux »⁷³. Qu'elle puisse soigner relève, pour ses adversaires, de la supercherie⁷⁴ ! Tout au long de la guerre, René Marage s'emploie à défendre son invention et sa méthode face à ses nombreux détracteurs dont il relève les erreurs commises dans différents rapports à propos des malades qu'il aurait soignés. Il dénonce aussi leur ignorance à l'égard d'un appareil et d'une méthode qui infligeraient aux patients un « traitement très douloureux » mais dont « très peu d'entre eux ont compris les principes scientifiques »⁷⁵. Peine perdue, la cause semble entendue à l'été 1916. Si, en janvier, une circulaire ministérielle autorise bien la mise en place de « centres de rééducation auditive, phonétique et labio-visuelle » dans les régions militaires, la réunion du 29 juin 1916 au Val-de-Grâce, placée sous l'autorité du sous-secrétaire d'État au service de santé militaire, M. Justin Godart et composée des principaux chefs de centres ORL, dont le professeur Lannois, entérine le fait que « l'épreuve auditive de la voix est la seule importante et que le service militaire ne nous demande pas si un homme entend plus ou moins bien une montre ou un acoumètre, mais seulement s'il est apte à entendre ceux qui lui parlent ou les bruits extérieurs à une distance déterminée [...]. Dans ces conditions, nous sommes unanimes à rejeter l'emploi d'appareils phonétiques enregistreurs de l'acuité auditive (...)»⁷⁶, ce qui écarte, parmi d'autres, la méthode du docteur Marage⁷⁷. L'essentiel de la rééducation effectuée auprès des patients consiste dans l'apprentissage de la lecture sur les lèvres, c'est-à-dire « à faire voir la parole à ceux qui ont cessé de pouvoir l'entendre »⁷⁸. Malgré les objections qui sont faites à cette technique par le docteur Marage, à savoir qu'elle n'est pas un « traitement de la surdité mais un « palliatif » comme « l'écriture Braille n'est pas un traitement de la cécité », la lecture sur les lèvres se généralise et devient, selon les mots de l'otologiste Marcel Lermoyez, « la béquille visuelle » du sourd.

Les « antiphones de guerre »

Les moyens de se prémunir contre les traumatismes auditifs engendrés par l'explosion des obus et des diverses armes modernes demeurent finalement bien limités. Si le réflexe stapédien permet de protéger en partie l'oreille interne des détonations en limitant l'amplitude des vibrations du tympan par la contraction des muscles de l'étrier, la multiplication et la durée des bombardements conduisent à des traumatismes irréversibles en raison d'un endommagement des cellules ciliées, c'est-à-dire les cellules neurosensorielles chargées de transmettre par le nerf auditif les informations sonores au cerveau. Le « coton d'oreille » constitue une protection possible.

Les médecins préconisent de l'utiliser « ni trop lâche, car le souffle de la détonation l'arracherait du conduit ; ni trop serré, car il gênerait l'audition ; ni trop long, car il risquerait de devenir un agent de traumatisme tympanique ». On y a recours « malgré son incontestable insuffisance » note le professeur Lannois car, ajoute-t-il : « faute de tourelles blindées, ne se contente-t-on pas de l'abri d'un talus ? »⁷⁹. Le *Larousse médical illustré de guerre* se fait l'écho des recommandations proposées par M. Wicart en septembre 1916 – celle qui consiste par exemple, avant ou au moment d'une détonation violente, à « avaler fortement la salive deux ou trois fois de suite, en se pinçant à plat les narines durant cette déglutition » !

L'usage d'« antiphones de guerre » (*ear defender* en anglais) est loin d'être généralisé bien que les inventions dans ce domaine ont été nombreuses tel l'« obturateur d'oreilles à chambre de détente » de Marcel Jules Verain, constitué d'une « olive creuse en celluloïd, pouvant se loger dans le conduit auditif externe » ; le « tympanophile » Boissard ou encore le « perd-son » Waishof pour lequel « artilleurs et fantassins auxquels on l'a soumis ont vivement apprécié ses services » (juillet 1917). Henri Bourgeois évoque aussi la mise au point par le docteur Laimé du « coupe-son », qui se présente comme une sorte de casque avec des « tambours » couvrant les oreilles⁸⁰. Ces découvertes prolongent, dans le cadre de la guerre moderne, des préoccupations qui se faisaient jour depuis la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle à propos des moyens de protéger l'oreille des traumatismes que les industries bruyantes et les nouveaux armements pouvaient occasionnés, notamment chez les canonnières dans la marine⁸¹. Le docteur Étienne Ferrand avait, par exemple, mis au point, à l'occasion du concours d'hygiène internationale de 1889, des « oreillettes protectrices » permettant de « filtrer » et « diviser » les « ondulations aériennes tumultueuses, véhicules du son, comme les récifs de la falaise arrêtent au premier contact et divisent la vague montante » ! L'atténuation des bruits violents permet cependant la perception de la parole. Des expérimentations sont réalisées au camp de Chambaran dans l'Isère avec des pièces d'artillerie lourde auprès d'artilleurs mais aussi de téléphonistes. Les résultats sont probants et salués par certaines sommités scientifiques comme le neurologue J.B.E. Géliéau qui préconise que « l'usage de ces petits appareils (...) soit réglementairement mis en service chez nos artilleurs de terre et de mer ». Malheureusement, les oreillettes de Ferrand ne sont toujours pas adoptées près de dix ans après leur mise au point, Géliéau se lamentant de la lenteur de « tortue » du Conseil Général des armées en matière d'hygiène. À la veille de la guerre, « on semble en avoir perdu complètement le souvenir ».

On continue de prôner des précautions simples qu'on inculquait déjà aux artilleurs avant-guerre et qui sont encore celles qu'on préconise aux soldats pendant la Grande Guerre⁸².

RÉSUMÉ

Frappés de blessures occasionnées par l'emploi d'armes vulnérantes ou par des maladies contractées sur le front ou à l'arrière, les « mutilés de guerre de l'oreille » demeurent, pour reprendre le mot de Robert Morche, le président-fondateur de leur fédération en 1924, des « parias » que l'invisibilité apparente de leur traumatisme relègue au second plan. Soupçonnés « d'exagération » ou de « simulation », affublés de tares peu glorieuses aux yeux de l'opinion publique, les mutilés de l'ouïe restent encore largement dans l'angle mort de l'historiographie de la médecine de guerre.

Constituée des travaux d'otologues et d'auristes dirigeant les services d'ORL dans les hôpitaux des différentes régions militaires, la littérature médicale est pourtant riche des observations que suscitent la question de l'évaluation et de la définition, de la guérison et de la prévention de troubles finalement mal connus. Elle éclaire aussi les débats qui ont pu opposer le corps médical à certains « aventuriers » qui proposent des inventions et des remèdes originaux pour soigner les malades. C'est le cas, parmi d'autres, du docteur René Marage et de sa « sirène à voyelles », censée mieux évaluer le degré d'invalidité des « éclopés de l'oreille » tout en apportant à ces derniers des soins réparateurs.

SUMMARY

Struck with wounds caused by the use of vulnerable weapons or by diseases contracted on the front or in the rear, the "war-disabled ears" remain, to use the words of Robert Morche, the president and founder of their federation in 1924, "outcasts" that the apparent invisibility of their trauma relegates to the background. Suspected of "exaggeration" or "simulation", decked out with inglorious flaws in the eyes of public opinion, hearing impaired people still largely remain in the blind spot of the historiography of war medicine. Made up of the work of otologists and aurists directing ENT services in hospitals in different military regions, the medical literature is nevertheless rich in observations raised by the question of evaluation and definition, healing and treatment. the prevention of disorders which are ultimately poorly understood. It also sheds light on the debates which may have pitted the medical profession against certain "adventurers" who propose inventions and original remedies to treat the sick. This is the case, among others, of Dr. René Marage and his "vowel siren", supposed to better assess the degree of disability of "crippled ears" while providing them with restorative care.

NOTES

- 1) *Poilus savoyards, chronique d'une famille de Tarentaise*, Gens de Savoie, 1981, p. 243 ; Louis Crocq, *Les blessés psychiques de la Grande Guerre*, Odile Jacob, Paris, 2014, p. 158-159 et 162. Les médecins l'évoquent souvent dans leur compte rendu, comme pour ce malade qui répète sans cesse « *Vauquois...Boum...Boum!* », in Pierre Chavigny, « Psychiatrie aux armées », *Paris médical*, 1915, n°17, p. 416.
- 2) Citons la « maladie des chaudronniers » et des « ouvriers calfats », la « surdité plombique », la « maladie des caissons » ou bien encore la « piqûre » chez les artilleurs.
- 3) *Le Progrès médical*, 12 mai 1917, p. 155.
- 4) Émile Moure, « L'oto-rhino-laryngologie pendant la guerre », *Science et dévouement : le Service de santé, la Croix-Rouge, les œuvres de solidarité de guerre et d'après-guerre*, A. Quillet, 1918, p. 220 – 229.
- 5) Serge Bertschy, « La prise en charge des blessés et malades de l'armée : genèse d'un problème public et mise en scandale du Service de santé militaire », in Frédéric Rousseau (dir.), *La Grande Guerre des sciences sociales*, Athéna éditions, 2014, chapitre 3, p. 109 – 158.
- 6) Antoine Prost, « Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises de 1914-1918 », *Le mouvement social*, 2008/1, n°222, p. 41 – 60.
- 7) K. Conroy and V. Malik, "Hearing loss in the trenches – a hidden morbidity of World War I", *The Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 2018, 132, p. 952 – 955.
- 8) Les résultats que nous présentons (*tableau 1*) s'appuient sur le rapport que l'otologiste a fourni en octobre 1917 au Quartier Général de l'AEF : William Sohler Bryant papers, Mss-45, R. Stanton Avery Special Collections, Library NEHGS, Boston (merci à Mme Judy Lucey, *senior archivist*, qui nous a transmis les documents). Il est complété par: W. S. Bryant, "Prevalence of ear injuries and diseases in the French Army", *The Journal of Laryngology*, novembre 1917, vol. 32, p. 338 – 340.
- 9) Nous reprenons les chiffres fournis par J.-P. Pinel et P.-J. Linon, « Les évacuations sanitaires », *Centenaire de la Grande Guerre, Médecine et armées*, 2015, 44, 1, p. 30-35.
- 10) W. Sohler Bryant, *art. cit.*, p. 340.
- 11) Alfred Peyser, « Gehörverletzungen in Stellungkrieg und ihre Behandlung Beim Truppenteil », *Deutsch Medizinisch Wochenchrift*, vol. 42 (1), 13 janvier 1916, p. 40 – 43.
- 12) J. K. Milne Dickie, « An experience of an otologist in France, 1915-1919 », *The Canadian Medical Association Journal*, p. 893 – 899.
- 13) A. Brown Kelly, « Statistics relative to the first thousand cases of diseases of the ear, throat and nose, treated in the fourth Scottish general hospital, Stobhill, Glasgow », *Journal of The Royal Army Medical Corps*, mai 1917, p. 539 – 556.
- 14) W. Sohler Bryant, « The Oto-Rhino-Laryngological Service in Italy », *Journal of Laryngology*, avril 1918, p. 97 – 100.
- 15) Michel Huber, *La population française pendant la guerre*, Paris, PUF, 1931, p. 444.
- 16) Dr Berruyer, *Surdité de guerre, rééducation de l'ouïe*, Paris, 1917, p. 3. ; E. Drouot, « Pour les sourds de guerre », *Revue scientifique*, n° 53, 14-21 août 1915, p. 363 – 368 ; *Guide du mutilé de l'oreille et des personnes sourdes, demi-sourdes et dures d'oreille*, édition de la Revue des mutilés de l'oreille, 1927, p.118. L'action de Robert Morche fut relayée par la *Revue des mutilés de l'oreille* (1924-1931) elle-même remplacée par la

Revue de l'ouïe jusqu'en 1951. Le président de la « Fédération des Mutilés de l'oreille » et de la « Ligue contre la surdité » a par ailleurs publié de nombreux ouvrages sur les sourds de guerre et a laissé un témoignage de son engagement pendant la guerre (*Les tribulations d'un dentiste militaire*, 1919).

- 17) Lucien Fournier, « Les sourds et les muets de la guerre », *Le Génie civil, revue générale des industries françaises et étrangères*, t. LXXI, n° 18, 1917, pp. 290 – 293.
- 18) Les premiers appareils acoumétriques remontent au début du XIX^e siècle. Outre le diapason, l'harmonica (d'Urbantschicht), le sifflet (de Galton) ou le monocorde sont utilisés.
- 19) M. Gault, « Considérations sur l'expertise du sourd traumatique et particulièrement du sourd de guerre », *Archives internationales de laryngologie, otologie...*, 1922, tome 1, p. 400 ; *Bulletin des lois de la République française*, n°473, 7 septembre 1928, p. 2337 – 2343.
- 20) *Bulletin officiel du ministère de la guerre*, recrutement de l'armée, aptitude physique au service militaire (volume arrêté à la date du 20 décembre 1916), p. 22 : « *les limites exigées pour l'acuité auditive seront les suivantes : a) service armé-la voix chuchotée avec l'air résiduel doit être entendue à 0m50 ; la voix haute doit être entendue entre 4 et 5 mètres. La voix de commandement doit être entendue à 10 mètres* ». Suivent les restrictions pour le service auxiliaire (voix chuchotée à 0m12 ; voix haute à 1m25 ; voix de commandement à 2m50). En dessous de ces limites c'est l'exemption ou la réforme. Ces standards ont été révisés à la baisse pendant la guerre
- 21) *Manuel des conseils de révision* : nouvelle législation du recrutement de l'armée, J. Dumaine, 1878, p.178 – 183 ; *Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire*, 2^e édition mise à jour au 15 juillet 1908, Ch. Lavauzelle, 1908, p. 15 – 18.
- 22) Robert Morche, *op.cit.*, p. 160
- 23) L'intensité est supérieure à 140 dB pour les obus d'artillerie, 164 dB pour les grenades explosives et 185 dB pour les mortiers. Cité par K. Conroy and V. Malik, "Hearing loss in the trenches..." , *op.cit.*, p. 953.
- 24) Elie Faure, *La Sainte face*, Bartillat, 2005, p. 201 et 204.
- 25) Paul Lintier, *Ma pièce*, Plon, 1916, p. 76 – 79.
- 26) Pour une vue d'ensemble de l'effet des pilonnages d'artillerie, Louis Crocq, *Les blessés psychiques de la Grande Guerre*, Odile Jacob, 2014, p. 24 – 26.
- 27) Étienne Ferrand, *L'oreille et le bruit ou traumatisme de l'organe par vibrations violentes*, 1889
- 28) Gérard Canini, *Combattre à Verdun*, p. 73 – 75 ; Arnold Zweig, *Éducation héroïque devant Verdun*, Omnibus, 1994 (1949), p. 819 – 820, 829.
- 29) E. Galtier-Boissière, *Larousse médical illustré de guerre*, Paris, Larousse, 1917.
- 30) M. Grivot, « Appareil auditif et traumatisme de guerre », *Paris médical*, n°17, 1915, p. 359.
- 31) Dr Delacour, « Les ruptures de tympan par commotions », *Archives de médecine et pharmacie navales*, 1917, n°103, p. 241 – 251.
- 32) En anglais, les termes de « *shell deafness* » ou de « *labyrinthine concussion* » sont fréquemment employés.
- 33) Henri Bourgeois, *Otitis et surdités de guerre : diagnostic, traitement, expertise*, Masson, 1917, p.70

- 34) Maurice Lannois et Fleury Chavanne, « Des surdités totales par éclatement d'obus », *Bulletin National de l'Académie de médecine*, 1915, p. 105 – 108 ; E. Esclangon, « Sur les sensations physiologiques de détonation », *C.R. Académie des Sciences*, séance du 31 mars 1919, pp. 699-701 : « (...) si la variation manométrique est suffisamment rapide, l'organe tout entier se trouve ébranlé, comme les touches d'un piano qui seraient frappées simultanément. La sensation perçue sera précisément celle d'une détonation, d'autant plus vive que la percussion manométrique aura été puissante et brusque ».
- 35) Le professeur Fleury Chavanne a établi à partir de 3127 observations personnelles de patients sourds : « 234 ruptures simples du tympan et 543 ruptures compliquées d'otite moyenne purulente aiguë » (XXXI^e Congrès français d'ORL, mai 1919, *La Presse médicale*, 9 juin 1919, n°32, p. 313 et X^e Congrès International d'Otologie, juillet 1922, *Archives internationales de laryngologie...*, 1922, Tome 1, p. 1109.
- 36) Maurice Lermoyer, « La surdité de guerre », *La presse médicale*, 25 février 1915, p. 57 – 59.
- 37) M. Grivot, *op.cit.* p. 361. À la 11^e région militaire (Nantes), le médecin-major Texier dénombre 22 cas pour 24 (91 %) pour la première catégorie et 57 sur 61 cas examinés (93 %) pour la seconde.
- 38) Henri Bourgeois, *op.cit.*, p.71 ; René Marage, « La durée des surdités de guerre », *CRAS*, séance du 30 avril 1917, p. 693 – 695.
- 39) René Prenant et Henri Castex, « Recherches expérimentales et histologiques sur la commotion des labyrinthes (surdités de guerre) », *Paris médical*, 10 mars 1917, pp. 197 – 201.
- 40) René Marage, « La durée des surdités de guerre », *op.cit.*, p. 693.
- 41) Sophie Delaporte, « Les réponses thérapeutiques », in *Choc traumatique et histoire culturelle, 14-18 (...)*, Noesis, 2000, p. 37 – 38.
- 42) Annette Becker, « Guerre totale et troubles nerveux », *Annales ESC*, 2000, vol. 55, p.135 – 151 ; Jay Winter, « Le choc traumatique », *La Première Guerre mondiale*, Tome III, *Sociétés*, Fayard, 2014, pp. 343 – 367 ; Davis Hendy, chap. 26 « Shell shock », *op.cit.* (2013) p. 269 – 281 ; E. Jones, N. T. Fear, S. Wessely « Shell Shock and Mild traumatic Brain Injury : A Historical Review », *Am J Psychiatry*, 164 :11, november 2007, p. 1641 – 1645. Les médecins français emploient les termes d'« obusite », de « vent du boulet » ou « vent de l'obus », et, plus rarement, de « claque aérienne ».
- 43) Dr Galtier-Boissière (dir.), *Larousse médical illustré de guerre*, 1917 ; Dr Berruyer, *Surdité de guerre, rééducation de l'ouïe*, Paris, Imprimerie typographie Tancrede, 1917 ; G. Dumas « Les troubles nerveux de guerre », *Revue de Paris*, Année 24, T. 2, p. 85 – 113 et 796 – 825, mars-avril 1917.
- 44) Dr E. Moure, « Considérations cliniques sur l'oto-rhino-laryngologie en temps de guerre », *Bulletin de l'académie de médecine*, séance du 16/02/1915, p. 245 – 247.
- 45) Dr G. Liébault, « Les troubles de la parole et les commotions de guerre », *Revue de pathologie de guerre : grandes questions médicales d'actualité*, oct.1916, p. 245 – 268 ; « L'aphonie de guerre », *Revue de laryngologie et d'otologie*, oct.1916, p. 457 – 464.
- 46) Louis Crocq, *op.cit.*, p. 43
- 47) Sur les psychonévroses de guerre, C. Lestrade et L. F. Gayral, « Les psychonévroses de guerre pendant le conflit 1914-1918, l'apport du docteur Paul Voivenel : le concept de « peur morbide acquise », in *Histoire des sciences médicales*, T. XXXIV, n° 4, 2000,

- p. 343 – 348 ; Laurent Tatu et Julien Bougousslavski, *La folie au front, la grande bataille des névroses de guerre (1914-1918)*, Imago, 2012, p. 38
- 48) A. Léri, *Commotions et émotions de guerre*, Paris, Masson, p. 94.
- 49) H. Claude, M. Dide, P. Lejonne, « Psychoses hystéro-émotives de la guerre », *Paris médical*, 1916, n° 21, p. 181 – 185.
- 50) A. Léri, *op.cit.*, p. 98
- 51) L. Crocq, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- 52) G. Dumas, « Les troubles nerveux et la guerre », in *La Revue de Paris*, 1^{er} mars 1917, 1^{re} partie pp. 85 – 113 (concerne les troubles nerveux liés à des causes organiques), 2^e partie, 1917, p. 796 – 825 (concerne les troubles nerveux qui relèvent d'explications psychologiques, c'est-à-dire émotionnelles et pithiatiques). À l'égard de ces malades il convient d'appliquer des « traitements coercitifs et impressionnants dont le traitement électrique est le type ». S. Dupouy, « La vérité troublée, G. Dumas, psychiatre au front », in *Vrai et faux dans la Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2004 ; P. Darmon, « Des suppliciés oubliés dans la grande guerre : les pithiatiques », p. 52 : « Dans les milieux de la psychiatrie, la hantise de la simulation fait souffler un vent de panique. On voit des simulateurs partout et on leur prête une maestria souveraine », in *Histoire, économie et société*, 2001, 20^e année, n°1, pp. 49 – 64. Pour une approche critique des traitements de ces névroses de guerre, F. Rousseau, *La guerre censurée, une histoire des combattants européens de 14-18*, Seuil-histoire, 1999, p. 208 – 212.
- 53) Sophie Delaporte, *art. cit.*, pp. 223 – 224 ; Dr Foy, in *La Nature, revue des sciences et de leur application aux arts et à l'industrie*, 1917, 45^e année, premier semestre, n° 2258-2283, Masson et Cie, p. 27 – 30 ; H. Gosset, « Contributions à l'étude expérimentale du contrôle auditif », *Le Progrès médical*, 1916, p. 21 – 22 et « Expériences relatives au contrôle auditif », *ibidem*, 13 janvier 1917, n°2, pp. 9 – 10.
- 54) Gaétan Bruel, « L'oreille amputée », in Florence Gétreau (dir.), *Entendre la guerre, sons, musiques et silence en 14-18*, Gallimard, 2014, p. 121 - 127 ; Sophie Delaporte, « Discours médical et simulation », Christophe Prochasson et Anne Rasmussen (dir.), *Vrai et faux dans la Grande Guerre*, La Découverte, 2004, p. 218 – 233.
- 55) A. Léri, *op.cit.*, p.126 : « mutisme, pseudo-bégaiement, bredouillement, achoppement, scansion, aphonie ou dysphonie, 'parler nègre'... ».
- 56) G. Roussy, J. Boisseau, « Un centre de neurologie et de psychiatrie de guerre », *Paris médical*, n°19, 1916, p. 18 ; « Les accidents nerveux déterminés par les déflagrations des explosifs », *ibidem*, n°21, 1916, p. 185 – 190.
- 57) Cornevin et Dupont, « Les muets de guerre », pp. 171-176, in A. Castex et R. Jouet (dir.), *Traité d'orthophonie*, 1920 ; M. Briand et J. Philippe, « L'audi-mutité rebelle, d'origine émotionnelle (son traitement) », *Le Progrès médical*, 5 septembre 1916, n° 17, p. 145 – 148.
- 58) Dr Berruyer, *Surdité de guerre, rééducation de l'ouïe*, Paris, Imprimerie-typographie Tancrede, 1917, 32 pages.
- 59) *Surdité de guerre...*, p. 18 – 19.
- 60) E. Drouot, « La rééducation des sourds de la guerre. Ses résultats », *Revue scientifique*, avril/mai1917, p. 269.
- 61) *Ibidem*, p. 270.
- 62) M. Grivot, « Appareil auditif et traumatisme de guerre », *Paris médical*, 1915, n° 107, p. 365.

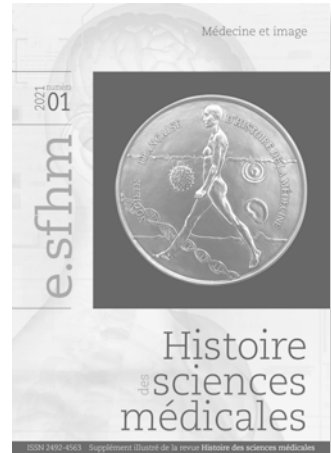
- 63) M. Ranjard, « Sur les 100 premiers cas de surdités traités par la méthode de Marage au Centre de rééducation auditive de la 8^e région », in *Académie des sciences*, séance du 4 septembre 1916, pp. 243 – 245, note présentée par Yves Delage. R. Marage affirme avoir fermé « volontairement ce service au mois de décembre 1915, parce-que (ses) fonctions (le) forçaient à rentrer à Paris », *Le Progrès médical*, 12 mai 1917, n° 19, p. 155.
- 64) M. Marage, « Les surdités de guerre », p.100, *Revue scientifique*, 1917
- 65) A. Ferry, « Mesure et développement de l'audition », *Le mois littéraire et pittoresque*, janvier 1906, pp. 124 – 126.
- 66) SHD, 3M570, note manuscrite envoyée probablement au général Bourgeois en date du 9 septembre 1915. Il ne fut pas donné suite à cette proposition...
- 67) R. Marage, « La durée des surdités de guerre », *op.cit.*, p. 695 ; R. Ranjard, *La surdité organique, étude clinique et thérapeutique*, préface du docteur André Castex, Paris, Librairie J-B. Baillière et fils, 1912 ; « *Symptômes et diagnostic des surdités par obusite* », Paris médical, 1916, n°21, p. 279 – 283.
- 68) R. Marage, « Les surdités de guerre », *op.cit.*, p. 108.
- 69) « La rééducation auditive des soldats devenus sourds à la guerre », *Le mois littéraire et pittoresque*, 1916, p. 408 – 444. M. Grivot, *op.cit.*, p. 363 ; *Le Matin*, 25 janvier 1916.
- 70) M. Lautier, « Le traitement des surdités de guerre », *CRAS*, séance du 5 mars 1917, p. 419. Sa conclusion s'appuie sur les observations qu'il a pu faire à l'hôpital militaire de Bourges entre le 25 décembre 1915 et le 21 mai 1916. Il précise en préambule : « *Sachant combien l'efficacité de cette méthode est très controversée, j'ai tenu à me faire une opinion sans la moindre idée préconçue et sans aucun parti pris (...)* ».
- 71) *Le Progrès médical*, 12 mai 1917, p. 155.
- 72) Lannois et Chavanne, « La surdité de guerre bilatérale totale. Rééducation auditive ou lecture sur les lèvres ? » (Pratique de la 14^{ème} région), *Lyon médical*, année 48, T.125, n°1, 12/1916, p. 479 – 487 (relate la séance de la société médico-chirurgicale militaire de la 14^{ème} région du 22 août 1916)
- 73) J. Baratoux, « Méthodes de rééducation auditive employées chez les mutilés de guerre », *Le Progrès médical*, 28 avril 1917, p. 142.
- 74) M.-A. Legrand, *L'oreille et la surdité : hygiène, maladie, traitement*, Larousse, 1921, p. 71
- 75) R. Marage, « Le traitement des surdités de guerre », *Le progrès médical*, n°19, 12 mai 1917, p.155 – 156.
- 76) Compte-rendu de la réunion des chefs de centres ORL, tenue au Val-de-Grâce le 29 juin 1916, sous la présidence de M. Justin Godart, sous-secrétaire d'État au service de santé, *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 31 août 1916, p. 358 – 361 ; circulaire ministérielle n°1095 3/7 du 22 janvier 1916.
- 77) *Le Progrès médical*, 12 mai 1917, p. 155 – 156.
- 78) M. B. Thollon, « La lecture sur les lèvres et l'orthophonie au centre de rééducation pour les militaires mutilés de l'ouïe ou de la parole », *Revue interalliée pour l'étude des questions intéressant les mutilés de guerre*, 1919 p. 56 – 63. Les autres méthodes consistaient surtout dans des exercices d'orthophonie, M. Cornevin et Dupont, « Les muets de la Guerre », in A. Castex et R. Jouet (dir.) *Traité d'orthophonie*, Paris, 1920, p.171 – 176.
- 79) M. Lannois, « Des surdités totales par éclatement d'obus », *Bulletin National de l'Académie de Médecine*, 1915, 79^{ème} année, T.73., p. 105 – 108.

- 80) AN 398AP36-37, dossiers 376 et 483 ; *Revue d'artillerie*, A. 46, T. 92 (juillet-décembre 1923), p. 102 – 103.
Sur les moyens préventifs utilisés pendant la guerre : Dr Galtier-Boissière (dir.), *Larousse médical*, 1917 ; H. Bourgeois et M. Sourdille, *Orites et surdités de guerre*, Masson et Cie, Paris, 1918, p.86 – 87 ; « Les protecteurs d'oreille », *La Nature*, 1917, n° 2294 (15 septembre 1917). L'armée britannique a équipé certaines unités d'artillerie de « *ear defenders* » à partir de mai 1916 et le casque de protection, dont des prototypes sont élaborés à la fin de la guerre, a pu en équiper d'autres. Dans la Marine américaine, il existait avant-guerre « l'*ear-drum protector* » qu'on testa en France en 1906 mais dont le prix élevé ne permit pas la diffusion.
Pour l'exposition « Entendre la guerre » : voir la contribution de Gaétan Bruel, *op.cit.*, p. 122.
- 81) L. Chastang, « L'oreille et la détonation. Étude clinique et thérapeutique. Prophylaxie », *Archives de médecine navale*, 1909, n° 91, p. 321 – 380 ; 401 – 438. À l'École de canonnage, 18 000 coups de canon sont tirés en moyenne et « *certaines officiers ou gradés, plus particulièrement attachés au tir, n'ont pas assisté en deux ans, à bord du vaisseau ou de son annexe, à moins de 42 000 coups* », p. 322. L'auteur évoque pour la marine de nombreuses inventions plus ou moins efficaces comme le « presse-oreilles Loizeau » ou les appareils Nové-Josserand, Latouche-Tréville, etc., p. 432 – 438.
- 82) E. Ferrand, *L'oreille et le bruit ou traumatismes de l'organe par vibrations violentes...*, 1890, 36 pages ; Dr J.B.E. Géliéneau, *Hygiène de l'oreille et des sourds*, 1897, pp. 81 – 85 ; M. Lermoyez, « La surdité de guerre », *La presse médicale*, février 1915, p. 58 ; L. Chastang, *op.cit.*, p. 433 (1909) ; dans son *Rapport* de novembre 1917, L. Cornet évoque ces « antiphones » en indiquant que 200 exemplaires de quatre modèles différents ont été commandés « *pour expériences à la Marine et à l'Armement* », p. 20.

Les 4 numéros de la e.SFHM pour 2021 sont désormais en ligne

Vous trouverez facilement les liens en vous rendant
sur la page d'accueil de notre site

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/>



e.SFHM n° 1, 2021

Jacques Chevallier et Danielle Gourevitch

Essai d'iconodiagnostic sur les portraits du Fayoum

e.SFHM n° 2, 2021

Philippe Albou

Célébration du 8^e centenaire de l'Université de médecine de Montpellier

Thierry Lavabre-Bertrand (traduction)

Statuts donnés à la Faculté de médecine de Montpellier par le Cardinal Conrad, légat du Saint-Siège – Montpellier, le 17 août 1220

Hélène Lorblanchet et Anne-Sophie Gagnal

Deux représentations de la peste de Marseille en 1720 au Musée Atger de Montpellier. Dialogue entre la gravure restaurée de Thomassin et le tableau de Michel Serre sur l'épisode de la Tourette

Anne-Sophie Gagnal et Hélène Lorblanchet

Rendre lisible pour transmettre. Le traitement de restauration complexe d'une épreuve de la gravure de La Peste de Thomassin

e.SFHM n° 3, 2021

François Bonnel, Caroline Ducoureau et Christophe Bonnel

Chefs-d'œuvre du corps humain du Conservatoire d'anatomie de Montpellier

Gérald Chanques

Un timbre pour le 8^e centenaire de la Faculté de médecine de Montpellier

Philippe Albou

Échos du 8^e centenaire de la Faculté de médecine de Montpellier

e.SFHM n° 4, 2021

Bardia Sabet-Azad

Le Traité d'anatomie persane de Manşur ibn Aḥmad ibn Yusuf ibn Iliyâs - Analyse du manuscrit et nouvelle hypothèse pour l'origine des illustrations

Philippe Albou

Les caricatures de médecins en France au début du XX^e siècle - 1^{re} partie. À partir des caricatures de « patrons » dans Ridendo, entre 1933 et 1938

Analyses d'ouvrages

Centres de soins au début du XX^e siècle, deux témoignages photographiques :

1- Photographie et médecine – « Saison 1 – 1915-1918 : Une commande photographique », Exposition au Musée du Service de santé des armées ; 2- Une galerie de portraits à l'asile du Rhône (1903-1914), par Philippe Cialdella

Georges Seurat et le Pointillisme

Georges Seurat and Pointillism

par Jean-Marie GILGENKRANTZ*

La biographie de Georges Seurat est, en fait, l'histoire d'une courte vie entièrement consacrée à l'Art. Mort à 31 ans, une dizaine d'années de travail intense lui a permis d'élaborer une technique picturale totalement nouvelle, basée sur la division des couleurs : le divisionnisme, ce qui lui valut d'être considéré comme le créateur de ce qui devait être appelé plus communément le pointillisme, encore qualifié de Néo-impresionnisme.

Georges Seurat est issu d'une famille aisée de la bourgeoisie parisienne. Son père, Chrysostome Antoine Seurat (1815-1891) était venu de Champagne à Paris pour occuper un poste d'huissier de justice auprès du Tribunal de la Seine. C'était un homme austère, taciturne. Sa mère, Ernestine Faivre (1828-1899) faisait partie d'une famille parisienne d'artisans, sculpteurs et charpentiers. Ils se marient le 2 janvier 1845 et demeureront à Paris, au 110 boulevard Magenta. Ils y auront quatre enfants : Émile Augustin (1846), Berthe Marie (1847), Georges Pierre (1859) et François Gabriel né en 1863, mort à 5 ans.

Séance du 22 mai 2021

* 9 rue Basse, 54330, Clérey-sur-Brénon

L'enfance et les années de formation

Georges est né à Paris le 2 décembre 1859. Quand il avait 9 ans, il s'est retrouvé seul avec sa mère dans l'appartement du boulevard Magenta pour trois raisons : son père, à la cinquantaine, avait décidé de vivre seul dans sa propriété du Raincy, et ne se rendait boulevard Magenta qu'une fois par semaine, le mardi ; ses deux aînés, compte tenu de la différence d'âge avec lui (12 ans avec Berthe, 13 avec Émile) avaient quitté le foyer familial ; son jeune frère François était mort à 5 ans. De ce fait, Georges sera et restera toute sa vie, très attaché à sa mère.

Dès l'âge de 7 ans, il commence à dessiner et, à 15 ans, il s'inscrit aux cours de dessin du soir d'une école municipale du X^e arrondissement, dirigée par le sculpteur Justin Marie Lequien dont la technique d'enseignement reposait sur la reproduction de statues. C'est ainsi que Georges effectuera plusieurs dessins de sculptures appartenant au fronton du Parthénon. Durant son séjour dans cette école, il découvre « *La loi du contraste des couleurs* », ouvrage de Michel-Eugène Chevreul¹. Ce chimiste français a étudié, en 1839, la perception humaine des couleurs. Il a montré que deux plages de couleurs sont perçues par la rétine humaine avec des tonalités différentes suivant qu'on les observe, sur un fond neutre commun, juxtaposées ou éloignées l'une de l'autre. Cet ouvrage de Chevreul restera dans la mémoire de Georges Seurat et influencera ses futures orientations picturales.

En février 1878, il est admis à l'école des Beaux-Arts, dans la classe d'Henri Lehmann, portraitiste réputé, né à Kiel en Allemagne le 14 avril 1814 et naturalisé Français en 1847. Élève d'Ingres, il a enseigné à l'école des Beaux-Arts de 1875 à 1881. Georges Seurat n'est pas satisfait du type des études programmées, à tel point qu'il décide de les interrompre en 1879 pour devancer l'appel et effectuer, durant une année, son service militaire à Brest. À la fin de celui-ci, il ne retournera pas aux Beaux-Arts.

Durant son séjour à Brest, il lit beaucoup. Deux ouvrages ont particulièrement attiré son attention : « *Essai sur les signes inconditionnels dans l'art* », publié en 1827 par le Hollandais Humbert de Superville² dans lequel sont énumérés avec minutie et rigueur les éléments qui interviennent dans l'expression artistique : l'espace, les lignes, les tons, les ombres, les lumières ; et « *Modern chromatics* » du physicien américain Ogden Rood³ qui étudie la relation très complexe entre le rayonnement lumineux et la perception colorée. Ces deux ouvrages seront déterminants sur ses orientations et son style.

En effet, en 1879, il découvre les impressionnistes à l'occasion de leur 4^e exposition. Il est intéressé par leur démarche. Ceux-ci revendiquent une certaine liberté et créativité dans leur recherche. Cependant, il prend conscience de son désir d'aborder la peinture dans une démarche moins intuitive mais beaucoup plus rigoureuse et même scientifique.

Les années de dessins 1880-1882

De retour à Paris en novembre 1880, après son service militaire, il consacre deux années entières au dessin en noir et blanc. C'est une période importante au cours de laquelle il étudie et crée des demi-teintes : pour rendre ses noirs plus doux, plus veloutés, il remplace le graphite classique par le crayon



Fig. 1 - *Le Couple.*

Conté (crayon tendre et gras) et utilise par ailleurs un papier à grains plus ou moins fins. Ces deux années d'un intense travail seront à l'origine d'une centaine de dessins dans lesquels il met en évidence l'importance qu'il accorde à la technique autant – si ce n'est plus – qu'au sujet lui-même. Le couple (Fig. 1) dont les deux silhouettes sont constituées de traits obliques de crayons plus ou moins foncés pour permettre de créer un relief, et *Femme assise devant son chevalet* (Fig. 2) où le papier à grains utilisé donne déjà, avant l'heure, un aspect de pointillisme, en sont de bons exemples.



Fig. 2 - *Femme assise devant son chevalet.*

La naissance du pointillisme

C'est en 1883 que Seurat commence à travailler *La baignade à Asnières* (Fig. 3). Après de nombreuses études préparatoires (une quinzaine de peintures et une dizaine de dessins), il crée, pour la première fois, cette nouvelle technique, basée sur de petites touches de couleurs différentes, séparées les unes des autres. Par ailleurs, il se différencie du courant ambiant en s'imposant une rigueur géométrique dans la construction de son tableau ;



Fig.3 - *Baignade à Asnières (1883-84)* (National Gallery, Londres).

à ce titre, les berges de la Seine et le corps du sujet allongé au bord de l'eau sont orientés selon la diagonale du tableau. Enfin, à l'inverse des impressionnistes, ce tableau a été effectué dans son atelier, et non sur place, en raison de ses dimensions : 3 mètres sur 2. Seurat présente cette peinture au Salon de 1884. Le jury la refuse. Il fonde alors, avec d'autres jeunes peintres, la Société des artistes indépendants qui créera, en mai de la même année, le Salon des indépendants. Paul Signac fera partie de cette exposition et, séduit par ce pointillisme, il commencera à l'utiliser. Ce sera le début d'une amitié et d'une étroite collaboration avec Seurat.

Un dimanche d'été à la Grande Jatte (Fig. 4) commencé en 1884 est le fruit d'une trentaine de dessins préparatoires. Ce tableau, présenté à la huitième et dernière exposition impressionniste de 1886, est l'exemple le plus accompli de ce nouveau style. Seurat a pris conscience que la fusion des teintes dans la rétine du spectateur sera d'autant plus immédiate et profonde que les touches juxtaposées seront plus petites. C'est ce type de touches juxtaposées qu'il applique dans cette œuvre. Mais outre ce pointillisme innovant, il faut également mentionner la structure géométrique du dessin.



Fig.4 - *Un dimanche d'été à la Grande Jatte (1884-86) (Art institute of Chicago).*

Cette œuvre fondatrice du pointillisme lui aura demandé deux années d'intense travail. Si, au terme de cette exposition, Seurat fait quelques émules, certains critiques sont réticents estimant que l'aspect géométrique du tableau crée une ambiance par trop froide. Cependant, Félix Fénéon, critique d'art très apprécié et très écouté, séduit par cette technique, sera le premier à utiliser, pour la définir, le terme de Néo-impressionnisme.

Durant les cinq années qui vont suivre (1885-1890), Seurat se rendra tous les ans sur la côte normande et y passera quelques semaines. De nombreuses œuvres laisseront la trace de ces séjours. Mais, si le pointillisme lui paraît parfaitement adapté à la représentation d'un paysage, il s'interroge, dès 1886, sur la possibilité d'utiliser cette technique pour des scènes d'intérieur ou des thèmes plus difficiles comme la nudité. Après deux années d'un patient travail préparatoire, il parviendra à la représentation de jeunes femmes nues dans un tableau exposé au Salon des indépendants de 1888.

En février 1889, il participe à l'exposition des XX à Bruxelles. Il y rencontre une jeune femme qui servait de modèle : Madeleine Khnoblöch.

C'est le début d'une liaison. Au terme de cette exposition, il part, comme tous les ans, sur la côte normande (Le Crotoy, Pas-de-Calais) mais il n'y restera que quelques jours car il apprend que Madeleine est enceinte. Il rentre à Paris pour la retrouver et vivre avec elle. C'est le 16 février 1890 que naît leur fils Pierre.

Durant tout l'hiver 1890-91, Georges travaillera, jour et nuit, pour préparer un tableau, « Le Cirque », qu'il veut présenter au 8^e Salon des indépendants (20 mars – 27 avril 1891). Il n'assistera pas à la fin de ce Salon en raison de l'apparition d'une forte température. C'est avec le diagnostic « d'angine infectieuse » que Georges décide, le 26 mars d'aller vivre, avec sa femme et son fils, chez sa mère où il décède le 29 mars 1891. Son ami Signac écrira : « Il s'est tué par trop de travail ». En fait, son fils Pierre décédera une quinzaine de jours après, le 16 avril, avec le même diagnostic d'angine infectieuse. La contagiosité et la gravité de cette angine sont caractéristiques de la diphtérie mais le diagnostic et le traitement de cette affection bactérienne n'en étaient encore qu'aux prémices.

Ainsi se terminait cette courte vie de Georges Seurat durant laquelle sa recherche esthétique a été de ne rien laisser au hasard, à l'improvisation tout en renouvelant la technique picturale avec le pointillisme. Le résultat de cette recherche a été source d'inspiration pour tous ceux qui, par la suite, ont manifesté leur violent désir de changement : les Fauves, les Cubistes, Les Futuristes.

RÉSUMÉ

Georges Seurat (1859- 1891) a élaboré durant sa courte vie une technique picturale nouvelle qui lui a valu le qualificatif de créateur du Pointillisme. Durant deux années (1875-1877) il suit des cours de dessin dans une école municipale du soir à Paris. À 19 ans, il décide de devancer l'appel et part faire son service militaire à Brest où il lit beaucoup et découvre en particulier que la perception visuelle humaine de deux couleurs est différente suivant qu'elle sont séparées ou accolées. De là est née, pour lui, l'idée de ne plus mélanger deux couleurs sur sa palette mais de les juxtaposer, sur la toile, avec la pointe du pinceau d'où le nom de divisionnisme donné également à cette technique. Après son service militaire, deux années entières (1880-1882) seront consacrées uniquement au dessin (plus d'une centaine). Toutes les peintures qui suivront, à Paris ou sur la côte normande – où il se rend tous les ans – seront l'application du pointillisme, technique à laquelle adhère Paul Signac. Une amitié durable entre ces deux artistes sera telle qu'après la disparition de Seurat à 31 ans, suite à une angine infectieuse, Signac deviendra le chef de file d'un groupe d'adeptes du pointillisme qualifiés de Néo-impressionnistes.

SUMMARY

The short life of Georges Seurat, who died at the age of 31, is entirely devoted to Art. From the age of 15, he took drawing classes where he discovers the law of color contrasts de Chevreul at the origin of his reflection on a new pictorial technique : divisionism and pointillism. After two unique years devoted to drawing (Conté pencil, grain paper), he experimented with the use of small touches of different colors, which imposed many drawings and preparatory paintings. « La baignade à Asnières » and « Un Dimanche à la grande jatte » are the fondress works of pointillism. He uses this technique for interior scenes and the representation of nude young women. Following an affair with Marie Knoblock was the result of a boy named Peter. During the 8th independent annual fair in which he participates, a high fever occurs. He died two days later with the diagnosis of infectious angina. Her one-year son died a few days after, with the same diagnosis. In the context of the time, it makes sense to refer to the diagnosis of diphtheria.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) BOUCHARD G. – *Chevreul*. Ed. La Madeleine, Paris, 222 p.
- 2) SUPERVILLE H. de – *Essai sur les signes inconditionnels dans l'art*. Leyde cc van der Hoek 1827, imp. A.P. Schinkel, La Haye 159 p.
- 3) ROOD O. – *Modern chromatics with applications to Art and Industry*. D. Appleton and Company, NY, 1879, 329 p.

**Modernisation de la médecine en Perse,
dans l'Empire ottoman et en Égypte.
Esquisse d'une étude comparée**

*Modernization of medicine in Persia,
the Ottoman Empire and Egypt.
Outline of a comparative study*

par Bardia SABET-AZAD*

Rassemblés sous la bannière de l'islam, les Perses, les Turcs et les Égyptiens ont apporté leur savoir à la construction du califat islamique et au développement de la médecine en Orient. À la suite de la désagrégation du califat, au XIII^e siècle, les trois peuples retrouvent leur indépendance et intègrent les nouvelles traditions spirituelles et savantes dans leur culture. Au XIX^e siècle, les trois pays se trouvent, en dépit de parcours différents, dans le même état de dépouillement et tentent de moderniser les savoirs qui faisaient autrefois leur fierté. On s'interroge sur la question de savoir, pourquoi, avec une tradition savante assez riche, la médecine a perdu son élan et sa vitalité dans ces pays alors qu'elle s'est développée en Occident qui avait, au Moyen Âge, un retard considérable par rapport à ces derniers ? La question se pose aussi sur la manière dont les trois pays ont acquis les nouveaux savoirs en médecine.

Séance du 16 octobre 2021

* 313, route du Muy, 83720 Trans-en-Provence

L'état de la médecine au XIX^e siècle

On dispose de nombreux témoignages de médecins, en mission durant la première moitié du XIX^e siècle dans ces pays. En Égypte, le docteur Antoine Barthélémy Clot (Clot-Bey), directeur de la Nouvelle école de médecine, écrit qu'à son arrivée au Caire en 1825, « le service de santé n'offrait guère qu'un simulacre d'organisation » et il ajoute : « avec la chute des califes de Bagdad, les sciences abandonnèrent la terre d'Égypte. Les cours publics furent interrompus, les écoles fermèrent, les ouvrages des auteurs restèrent dans l'oubli et la science, qui perdit ce nom, tomba entre les mains de grossiers empiriques qui se livrèrent aux pratiques les plus ridicules et de barbiers qui s'arrogèrent le monopole des opérations de chirurgie ». Le docteur Renati, médecin ordinaire de l'Armée d'Orient et topographe du vieux Caire, décrit la médecine en Égypte comme « un empirisme aveugle et brutal, confié à des barbiers ignorants et présomptueux ». Le docteur Ceresole, médecin ordinaire de l'Armée d'Orient, estime que la médecine à Syouth n'est qu'« un empirisme brut et sans raisonnement », composée « d'une suite d'observations peu exactes et sans aucune liaison entre elles ». Il rapporte que les vieilles femmes y « distribuent des amulettes et des talismans pour tous les maux, et surtout pour écarter la magie et les magiciens ». Sur la situation hospitalière en Égypte, on dispose du rapport du docteur Desgenettes, médecin en chef de l'Armée d'Orient, sur le Môristan al-Mansour du Caire, bâti par Malec el-Mansour Kalaoun en 1284. Desgenettes y rencontre « quarante et une personnes dont quatorze insensés » et des femmes enchaînées qui, à la différence des hommes, n'étaient pas « attachées aux murs de leurs loges ». Il ajoute que par manque de soins, les malades y « attendent avec résignation les arrêts du destin ». Clot-Bey considère cet hôpital comme « un cloaque immonde ».

Dans l'Empire ottoman, T.-X. de Bianchi, adjoint aux secrétaires interprètes de Louis XVIII, constate le même état de délabrement dans les hôpitaux en 1815. Il écrit qu'à Constantinople existait depuis longtemps des hôpitaux pour les malades musulmans, sous le nom de *taby'Khaneh*. La plupart des mosquées impériales possédaient aussi ce type d'établissements qui étaient plutôt « des maisons de repos et de simples asiles, où les malades couchés sur des sofas, trouvent une nourriture soignée » mais, « les secours de la médecine y sont tout à fait négligés ». D'après lui, presque tous ces établissements ont « périclité » et ont été « abandonnés » après la mort du sultan Sélim III¹. Le docteur Naranzi, membre de la Société impériale de médecine à Constantinople, relève en 1858 : « On se rencontrait au chevet des malades avec le charlatan ou avec l'ignorant empirique, qui tantôt était

une femme en possession de quelque secret, de quelque panacée, tantôt un valet de médecin qui avait retenu certaines formules de ses maîtres qu'il faisait valoir en toutes circonstances, tantôt un pharmacien qui n'avait pas même la connaissance de son art et qui avait des remèdes spécifiques contre tous les maux (...). Nous devons nous avilir et les flatter car de leur faveur dépendait notre carrière ».

À la même époque, le docteur Polak émet des remarques similaires sur les médecins en Perse : « Celui qui veut devenir médecin, sans avoir aucune base théorique, s'engage dans le *mah'kameh* (cabinet) d'un médecin et il copie les ordonnances de celui-ci (...). Souvent, toutes les connaissances pharmaceutiques de ces gens se limitent au nom de quelques remèdes des *attars* (herboristes, droguistes) ». Sur les hôpitaux en Perse, dénommés *dar al-chafa* (maison de guérison), Polak rapporte qu'en 1860, « le seul qui reste encore correct c'est celui de Mehad qui fait partie du legs de l'imam Réza »² ; il cite aussi une petite *dar al-chafa*, devant la mosquée du roi à Téhéran où a résidé Hakim Mirza Abolhassan Jelveh durant quarante ans et la *dar al-chafa* de la ville de Qom qui s'occupait des pèlerins. Polak rapporte qu'en Azerbaïdjan, à Khal'khal et à Kham'seh, existaient des *jozam'khaneh* (maison des lépreux) qui sont « des misérables logis en terre, à l'extérieur des villes (...), ils ressemblent plus à des refuges pour des bêtes qu'à des habitations pour des humains. Les malheureux qui habitent dans ces taudis vivent de dons et de mendicité auprès des caravanes qui y passent. De temps à autres, le roi leur offre des stocks de céréales mais, d'après les rapports qu'on m'a fournis, le gouverneur en détourne la totalité ».

À la lecture de ces rapports sur l'Égypte, l'Empire ottoman et la Perse, on pourrait suspecter la partialité de certains auteurs, leurs préjugés sur les médecins autochtones et des exagérations dues aux malheurs thérapeutiques dont ils ont été témoins. Toutefois, il est difficile de nier le déclin des savoirs classiques dans ces pays et de ne pas reconnaître la suprématie des Occidentaux pour ce qui est des connaissances en anatomie et en chirurgie.

Les méconnaissances en anatomie et en chirurgie

Historiquement, le système médical d'Hippocrate, de Galien et la doctrine humorale sont entrés dans les pays islamiques à partir du IX^e siècle grâce à la traduction massive des œuvres de la médecine grecque en particulier sous le règne du calife Abbasside, Al-Ma'mûn (813-833) qui a montré une grande tolérance envers les savants de toutes les croyances et a construit, à Bagdad, « une maison de sagesse » pour leurs réunions. L'usage généralisé de la langue arabe, les nouveaux contacts et les larges ressources du Califat,

sur son vaste territoire, ont favorisé un développement spectaculaire de la médecine pendant une période qu'on dénomme *l'âge d'or* des pays islamiques, correspondant au milieu du Moyen Âge. Quelles sont les causes de l'arrêt du développement de la médecine dans ces pays ?

Selon certains historiens, cette rupture est due à la prise de Bagdad en 1258 par les Mongols et l'invasion de Tamerlan à la fin du XIV^e siècle. Il est certain que ces invasions ont provoqué le démantèlement du califat et ont suscité l'exode des savants, le repli sur soi-même et le déferlement de la pensée mystique, toutefois elles ne sont pas les seules causes du déclin de la médecine en Orient, lequel a commencé bien avant cette date.

Au XI^e siècle, la médecine a dû faire face à de nombreuses contraintes. Un grand penseur islamique, nommé Al-Ghazali, enseignant du *fiqh* (la jurisprudence islamique) et du *tafsir* (l'exégèse) à la *madrassa* Nizamiya de Bagdad, puis à la *madrassa* de Naysabour, critiquait ouvertement la pensée d'Aristote, de Galien et d'Avicenne. Il soutenait que la seule vraie science c'est « la science religieuse » et « les lois révélées », il considérait la médecine, l'arithmétique, etc., comme de simples *sina't* (techniques). La doctrine des fondamentalistes, comme Al-Ghazali, s'est installée dans les madrassas et est devenue le socle de l'enseignement dans ces pays jusqu'au XIX^e siècle. Cette campagne culturelle a commencé par le pouvoir politique, en particulier par Jafar al-Mutawakkil (847-861), le dixième calife Abbasside, qui a déclenché une croisade contre les philosophes, les poètes et les savants en les qualifiant d'incrédules, d'athées, d'hérétiques et de *zanâdiq*³.

Le non-développement de la chirurgie dans ces pays pourrait s'expliquer par les tabous culturels qui prohibaient le contact avec le sang, le cadavre et la dissection du corps humain⁴. À ceux-ci se sont ajoutés les interdits contre toutes illustrations du corps⁵. On rapporte un hadith selon lequel le prophète aurait dit : « l'ange *Djibril* (Gabriel) n'entre pas dans une maison où il y a un chien ni dans celle où il y a des images »⁶. Il semble qu'à cette période, les pays islamiques aient pris la voie moyenâgeuse de l'Occident alors que l'Occident commençait à en sortir grâce aux idées de la Renaissance.

Les traités illustrés sont rares et tardifs dans ces pays et, à ce jour, on connaît seulement, en langue turque, le manuscrit *Jerrabiyai Ilhaniya* (*La Chirurgie des Ilkhani*) de Charaf ed-Din Ibn Ali Ibn el-Hadjdj Ilyas, surnommé Serefeddin Sabuncuoglu (1385-1468). Ce manuscrit ne traite pas de l'anatomie humaine mais plutôt des instruments et techniques chirurgicaux. Les premiers dessins d'anatomie moderne ont vu le jour dans l'Empire ottoman, à partir du XVII^e siècle, avec une imitation des dessins d'André Vésale et de Juan Valverde de Amusco. Parmi ceux-ci



Fig. 1 - André Vésale : *De humani corporis fabrica*, 1543.

figurent le manuscrit illustré de Semseddin Itaki, intitulé *Tesrih-i Ebdan ve Tercuman-i kibalei feylesufan* (*Dissection du corps*, 1632), compilé près d'un siècle après la parution du livre de Vésale (1543) et le manuscrit de Sanizade Ataullah Mehmed Efendi du nom de *Mir'atü'l Ebdan fi Tesrih-i A'zai'l-Insan*, (*Miroir du corps humain et l'anatomie des organes*, 1815) ; c'est

le premier livre d'anatomie illustré imprimé dans l'Empire ottoman, en 1820. Le deuxième livre d'anatomie est celui de Mehmed Hafiz Es-Seyyid, *Talimü't Tesrih* (*Enseignement de la dissection*), imprimé un demi-siècle plus tard en 1871 ; c'est une traduction de Bayle. Sara Nil, historienne de la médecine, confirme la rareté et les longs intervalles entre la parution des livres d'anatomie dans l'Empire Ottoman et estime à trois ou quatre « le



Fig. 2 - Copie « allégée » du dessin de Vésale réalisée en Perse, (Bull. SFHM, 1933, 2).

nombre de livres chirurgicaux appartenant à la période ottomane, présents dans les bibliothèques ».

En langue persane, on relève l'existence d'un manuscrit illustré intitulé *Mukhtasar dar Ilm-i Tashrih* (*Un Bref manuel sur la dissection*) d'Abd al-Majd al-Bayzawi, datant du XIII^e siècle, et un autre manuscrit intitulé *Tachrih-e Mansouri* (*La Dissection de Mansouri*) et attribué à Mansour Ibn Muhammed Ibn Ahmed Elyas (Ilyas), on suppose qu'il est rédigé au XIV^e siècle⁷. Ce n'est qu'au XVII^e siècle qu'une reprise timide de la représentation de l'anatomie en langue persane est parue avec le manuscrit *Tibb-e Akbari* (*la médecine d'Akbari*) de Mohammed Akbar Arzani et le traité *Alljat-e Dara Chokouhi* (*Le Traitements de Dara Chokouhi*) de Nour ed-Din Mohammed Abdallah Hakim Chirazi (1778). Ces deux derniers manuscrits ont été composés par des médecins perses immigrés en Inde.

En Égypte, les premiers livres d'anatomie moderne ont été publiés à partir de 1833, grâce aux efforts du docteur Clot-Bey et de l'imprimerie Boulag. Parmi ceux-ci figurent le livre *Techryhi Becheri* (*Anatomie du corps humain*, 1833), le livre *Riçalet fi ilm el-djerâhat el-Becheri* (*Traité de chirurgie*, 1835) et le livre *El-Techrih el-Am* (*Traité d'anatomie générale*, 1838). Tous ces livres ont été traduits à partir de livres français.

Le tournant du XIX^e siècle et l'appel aux savoirs des Occidentaux

Le XIX^e siècle a été marqué par la quête de nouveaux marchés, par les expéditions militaires des puissances industrielles et par la multiplication des contacts avec l'Occident. Il a coïncidé aussi avec les défaites militaires des grands pays d'Orient : l'Empire ottoman a signé les traités humiliants de Kutchuk-Kainardji (1774) et Iasi (1792) avec la Russie, il a perdu la Crimée (1782), la Serbie (1826), la Grèce (1829). L'Égypte a été occupée par l'armée de Bonaparte (1798-1801) et la ville d'Alexandrie a été prise par les Anglais (1807). La Perse a perdu le Caucase et signé les accords avilissants de Golestan (1813) et de Turkeman-Chaï (1828) avec la Russie, elle a abandonné la région de Hérat lors de la guerre avec l'Angleterre (1856).

Déshonorés par les défaites à répétition, les anciens empires ont découvert avec stupéfaction l'arriération de leurs techniques et le sous-développement de leur pays. Sous l'impulsion de dirigeants qualifiés de « réformateurs », « révolutionnaires » ou de « despotes éclairés », ces pays ont tenté de se reconstruire en important les savoirs et les techniques des Occidentaux, en particulier dans le domaine militaire où les déroutes et déceptions ont été les plus flagrantes. À cette fin, ils ont édifié de nouvelles écoles, embauché des enseignants occidentaux et envoyé des étudiants à l'étranger.

Parmi les savoirs que les autorités souhaitaient voir transférer en priorité figuraient la médecine moderne, l'ingénierie et les techniques militaires. Dans l'Empire ottoman, une école militaire a été fondée en 1826, à l'initiative de Sultan Mahmut II (Mahmoud II), sur l'ancien emplacement de la caserne des janissaires à Shezadebachi. La caserne disposait d'une clinique (*tibhane-i amire*) où on dispensait des cours de médecine moderne, en français et en italien, sous le regard de Musatfa Behçet Efendi (1774-1834), le médecin-chef du sultan⁸. Le docteur Sat-Deygallières, médecin français, a organisé en 1834, une formation en chirurgie militaire, à *Cerrahhane-i Marmure* (maison de chirurgie), près du Palais de Topkapi. En 1839, le *Mekteb-i Tibbiye-i Askeriye-i Şahane* (École impériale militaire de médecine) a été ouvert à Galatasaray, sous la direction du docteur autrichien, Charles Ambroise Bernard et avec la collaboration du docteur Jacob Anton Neuner, du pharmacien Antoine Hoffmann et du docteur Antoine Sulpice Fauvel. En 1865, un seul des vingt-quatre professeurs de l'école de médecine était turc, il se nommait *Ahmed Efendi*. L'enseignement dans cette école a été dispensé en langue française jusqu'en 1870.

En Égypte, le Pacha Muhammad Ali a fait appel à Clot-Bey, médecin français, pour organiser la médecine de l'armée. En 1827, ce dernier a initié la création de l'école de médecine et de l'hôpital d'Abouzabel (Abu Za'bal) attachée au camp d'instruction militaire de Kanka, dans la banlieue du Caire. La direction de l'école de médecine a été assurée par des médecins français jusqu'en 1863.

En Perse, à l'initiative d'Amir Kabir, le premier ministre, le docteur autrichien Polak a été recruté en 1851 pour enseigner la médecine moderne au nouveau collège de Dar al-Fonoun, situé dans l'enceinte du Palais. Après son départ en 1858, le docteur Polak a été remplacé par le docteur Tholozan, médecin français.

Comment la médecine et l'anatomie pathologique est-elle rentrée dans ces pays ?

Dans les trois pays, l'enseignement de la médecine s'est effectué à l'écart des institutions et savoirs traditionnels et était dispensé dans une langue étrangère, principalement le français, les références occidentales constituaient le socle de la formation. Le conservatisme des secteurs traditionnels et le dénigrement des savoirs préexistants, par les nouveaux enseignants, ont accentué la séparation des deux camps. Le docteur Clot-Bey estimait qu'en Égypte, « la noble science de médecine » était devenue « le domaine de quelques individus qui exploitent à leur gré la crédulité du peuple, dont

ils possèdent toute la confiance », il considérait l'Égypte comme « un pays peu avancé en civilisation » et les Égyptiens comme « un peuple dont la civilisation commence à peine ». D'après Clot-Bey, la médecine est une science qui permet de lutter contre « le fanatisme » et d'expliquer les phénomènes de la nature autrement que par « les effets de la colère divine » ou « des opérations diaboliques »⁹.

Dans l'Empire ottoman, le *Journal de la Société impériale de médecine de Constantinople*, fondé par les médecins français, hollandais et anglais, assimilait les médecins traditionnels à des empiriques qui sont « les représentants dégénérés de la médecine grecque et arabe dont les notions, plus ou moins altérées, se sont transmises, d'âge en âge, dans certaines familles ». L'auteur aspirait à ce que « les représentants de la science moderne finissent un jour par se substituer entièrement aux adeptes de l'art traditionnel oriental ». En Perse, le docteur Polak exprimait le même rejet à l'encontre de ses confrères : « Les médecins persans, qu'on dénomme les *hakims*, imaginent qu'ils détiennent des savoirs adaptés à la vie des habitants et aux conditions climatiques de l'Iran et qui seraient totalement différents de la médecine européenne qu'on dénomme *faranghi* (étrangère). Ils ne savent absolument pas que leur peu d'information médicale n'est qu'une lueur et quelquefois, une image métamorphosée des connaissances galéniques des maladies dont seulement ils ont emprunté la forme et non pas le contenu ». Il ajoute que les malades « ne font pas confiance aux médecins étrangers et cette conviction est renforcée par l'influence des collègues iraniens qui accusent les étrangers de prescrire des extraits toxiques et des poisons, les intrigues et complots des collègues iraniens contre eux sont permanents ».

Ces notes montrent qu'à cette époque, les rapports entre les médecins autochtones et occidentaux n'étaient pas toujours au beau fixe et que les pouvoirs politiques n'étaient pas enclins à valoriser l'héritage scientifique de leur pays ni à intégrer « les traits culturels nouveaux par ajustement à la culture preneuse », selon la formule de Bastide. Au contraire, en soutenant démesurément les nouveaux et en imposant des règlements coercitifs à l'encontre des anciens, ils montraient leur volonté d'instaurer une ligne de démarcation entre la médecine *cedid* (moderne) et la médecine *kadim* (ancienne, classique), entre la modernité et la tradition.

Les obstacles au transfert des savoirs modernes

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, les trois pays étaient dépourvus d'un système d'enseignement officiel. Chaque *mahalle* (quartier) et chaque mosquée avaient leur *mekteb* (école primaire) où un mollah, dans la

plupart des cas, enseignait aux élèves l'alphabet, le calcul et la lecture du Coran. Après cinq à six ans d'étude primaire, les élèves pouvaient continuer leurs études dans une *madrassa* et un *idadi* (école préparatoire, collège) et apprendre la littérature, la poésie, la langue, l'histoire, la géographie, les *hadith* et la *sunna*¹⁰ et le *tafsir* (commentaire des versets).

Le niveau d'éducation des élèves ne correspondait pas aux exigences des nouvelles écoles dont les enseignants se plaignaient d'importantes lacunes chez leurs élèves. Dans l'Empire ottoman, Louis de Salve, premier directeur du lycée français de Galatasaray (1868), écrit à ce sujet : « malheureusement l'ignorance des élèves qui y sont admis en sortant des *idadiyés* paralyse presque toujours les efforts des plus laborieux. Des jeunes gens ne connaissant que l'écriture, la lecture et le calcul ne sauraient devenir en six ans des docteurs en médecine bien savants ou en quatre ans des officiers distingués ».

Au Caire, l'école de médecine d'Abouzabel avait inscrit en première année « cent jeunes Égyptiens de dix à quatorze ans, sachant lire et écrire l'arabe ». La durée d'étude était de cinq à six ans dont quatre années de cours préparatoires où les élèves apprenaient « la langue, les éléments de mathématiques, la géographie, l'histoire, le dessin, etc. » puis, on leur enseignait la physique, la chimie et la botanique, l'anatomie générale, la pathologie, la chirurgie, la pharmacie, l'hygiène et la médecine légale¹¹.

En 1841, Baptistin Pujoulat (1809-1864), historien et orientaliste français, mandaté par Moukhtar bey, ministre de l'Instruction publique, a établi un rapport sur les écoles en Égypte. Il doutait de la capacité des élèves à « comprendre parfaitement une science exacte » et estimait que « ces jeunes gens ne pourront jamais pousser bien loin toutes ces sciences, parce qu'ils ignorent la langue dans laquelle les leçons et les démonstrations sont écrites ».

Le docteur Polak rencontrait les mêmes difficultés pour enseigner la médecine en Perse. Il écrit : « Étant donné que les élèves manquaient des connaissances élémentaires, on a décidé d'apprendre les bases élémentaires à tout le monde. Ceci nous a mis dans une situation déplaisante puisque nos adversaires nous accusaient de perdre du temps et d'abuser de notre salaire (...) c'est pourquoi on a décidé de délaissé les enseignements basiques et de s'occuper de l'enseignement de notre spécialité (...). Je ne savais aucun mot en persan et la connaissance de la langue française de mes élèves était équivalente (...). Les moyens et les forces dont je disposais ne me permettaient pas de former des médecins parfaits, j'ai seulement voulu leur donner des informations générales dans le domaine de la médecine, de la science naturelle et les familiariser avec les bases de la chirurgie de telle sorte qu'ils puissent continuer à étudier chez eux ou à poursuivre leur formation en Europe ».

Les entraves à l'enseignement de l'anatomie pathologique

D'après Xavier Bichat, les médecins se distinguent en deux classes : « ceux qui ont seulement observé, et ceux qui, à l'observation, ont joint l'autopsie cadavérique ». Au XIX^e siècle, la Perse, l'Empire ottoman et l'Égypte ne pouvaient pas associer, en raison des contraintes culturelles, l'autopsie à l'observation. Le docteur Polak rapporte qu'en Perse, il lui était interdit de faire de la dissection en raison « des préjugés religieux existants ». Il écrit qu'il faisait ses cours d'anatomie à l'aide « des images », « des cadavres d'animaux », « du squelette et des organes séchés, ou conservés dans l'alcool » qu'il avait amenés de l'Europe. Polak relate aussi que, quelquefois, il avait été appelé par la personne du Roi ou par la police pour examiner des cadavres et pratiquer une autopsie sur le corps d'un non musulman. Sa première autopsie date de 1854 et a été effectuée sur le corps de son ami Zattie (ingénieur et enseignant autrichien) afin d'élucider la cause de sa mort subite. Il avait également obtenu l'autorisation de disséquer les corps des Babistes, considérés comme des apostats, proposition qu'il a refusée. Dans l'Empire ottoman, l'historien Nuran Yildirim observe que jusqu'à 1841 « comme il n'y avait pas d'autorisation de disséquer les cadavres, des modèles ont été utilisés pour les leçons d'anatomie ». À cette date, sultan Mecid (abdûlmecid) autorise la dissection à condition que « seuls les corps des prisonniers (hommes) soient utilisés ». La dissection des femmes n'a été permise qu'en 1845 sur le corps des « femmes mortes sur le marché des esclaves ». En Égypte, le docteur Clot-Bey écrit que les autorités ont constamment refusé sa demande de permis de disséquer jusqu'au jour où il obtint un consentement secret de la part des *ulémas*, « sous la condition d'en user avec réserve ». Il a rapporté qu'en 1829, lors de son cours de dissection, il a été sévèrement agressé par un élève. Il a décidé de pratiquer l'autopsie, à l'insu du public et dans un amphithéâtre entouré des gardes qui, d'après lui, auraient été les premiers « à l'assaillir s'ils s'étaient doutés de ce dont il s'agissait ».

La médecine au service de l'armée

En Égypte, l'hôpital civil de Qasr al-Ayni a été inauguré en 1837, dix ans après l'ouverture de l'hôpital militaire. Dans l'Empire ottoman, l'école civile de médecine (Mekteb-i Tibbiye-i Mülkiye) a été inaugurée en 1866 à Constantinople, vingt-sept ans après l'école militaire ; elle était destinée à former des médecins de campagne et délivrait un diplôme (*rütbe-i Salise*), considéré comme inférieur à celui de l'École impériale de médecine. En Perse, le premier hôpital civil moderne (dénommé hôpital étatique) date de

1873 alors que l'hôpital militaire avait été construit en 1856 à Darvaseh-Dolat, en dehors de l'enceinte de Téhéran.

Dans les nouvelles armées, le manque de chirurgiens et de personnels soignants justifie la formation rapide de praticiens. En Égypte, Clot-Bey rapporte que cinq ans après l'ouverture de l'école, un grand nombre de bons élèves « furent placés dans les grades de sous-aides et d'aides et sous la direction des médecins européens ». La note de Clot-Bey confirme la réduction de la durée d'étude pour le grade d'aide (lieutenant), prévue initialement à huit ans. Le journal turc de *Samyrne*, daté du 17 novembre 1838, critique le niveau de formation des élèves à l'école d'Abouzabel : « l'école d'Abouzabel ne peut créer que des infirmiers (...), les plus habiles sont tout au plus capables de faire quelques pansements et d'exécuter quelques bien minces opérations de très petite chirurgie ». Clot-Bey réplique : « beaucoup d'entre eux ont fait des opérations importantes, telles que la réduction des luxations, des fractures, la taille, la cataracte, etc., et ils ont traité avec succès les maladies les plus difficiles » (Clot-Bey, p. 433). La réponse de Clot-Bey confirme les limites des connaissances des élèves en Égypte à cette époque.

En 1828-29, dans l'Empire ottoman, la durée des études de médecine était de six ans dont trois années de préparation. Les élèves apprenaient à « extraire les balles, ligaturer les artères, sectionner les os et traiter les fractures ». À la fin de leurs études, les élèves devenaient adjoints des médecins dans les hôpitaux militaires. Mais « en raison du besoin urgent de chirurgiens, il a été suggéré que la formation chirurgicale soit séparée des études de médecine afin de former des chirurgiens pendant une période plus courte »¹².

En Perse, la formation des médecins avait été envisagée pour une durée de sept ans mais elle a été réduite à cinq et puis à quatre ans. Schlimmer, le médecin hollandais de la cour de Perse, préconise la formation « de médecins praticiens, sachant diagnostiquer d'une manière encyclopédique les maladies aux moyens des signes pathologiques » avec un niveau équivalent aux « officiers de santé » et de chirurgiens ayant « juste autant de connaissances d'anatomie topographique qu'il en fallait pour pouvoir pratiquer des opérations généralement non mortelles, les pansements et les capacités routinières nécessaires pour pouvoir préparer eux-mêmes en campagne les médicaments indispensables ». Le *Journal officiel* persan exalte la rapidité des résultats (JO, 1852 : 98) : « En Occident, il faut un an pour apprendre l'anatomie, Polak l'a finie en trois mois et puis les élèves ont appris la pharmacopée et le traitement. La semaine prochaine leur enseignant les

accompagne à l'hôpital pour leur apprendre les traitements et, à chaque fois qu'il y a une amputation ou une intervention chirurgicale, il emmène avec lui deux élèves assidus et trois autres élèves ».

Apprendre la médecine moderne à des adolescents, en quelques années seulement, en l'absence des bases élémentaires et avec des élèves qui ne connaissent pas la langue de leurs enseignants a conduit les enseignants à dispenser une médecine appliquée (*tibb-i ameli*). Dans les trois pays, le niveau de formation des médecins à cette époque était comparable à celui des « officiers de santé » en Occident, à la différence près qu'à la sortie de ces écoles, les jeunes praticiens, munis d'un diplôme officiel, étaient comblés d'honneurs et bénéficiaient d'un prestige qu'un *hakim* (médecin traditionnel) acquérait après des années d'exercice. Ce mode de formation, initié pour les besoins urgents de l'armée, a laissé des traces sur le devenir des sciences et de la profession médicale du fait qu'il a engendré une élite, missionnaire de la modernité, dont les compétences n'étaient pas à la hauteur de leur rang social¹³.

Conclusion

D'après certains auteurs, le sous-développement chronique des sciences dans ces pays est dû à la « volonté limitative » des colonisateurs « de former, non pas des savants, mais des praticiens maîtrisant des connaissances simples et pratiques » au lieu « d'enseigner les sciences fondamentales ». Ces derniers ont imposé leurs langues à l'enseignement, ont marginalisé les enseignants autochtones afin d'imposer « une politique éducative coloniale ». L'histoire de la médecine en Perse, dans l'Empire ottoman et en Égypte donne à penser que le déclin de la médecine est bien antérieur à l'emprise coloniale du XIX^e siècle ou à l'invasion mongole du XIII^e siècle et qu'il est plutôt dû aux contextes sociaux-culturels défavorables. De même, elle montre que l'acquisition des nouveaux savoirs, en anatomie pathologique, dans ces pays n'est pas advenue dans la continuité des connaissances antérieures, selon un schéma évolutionniste, mais s'est effectuée à l'écart des structures traditionnelles et en rupture totale avec les connaissances antérieures.

RÉSUMÉ

Au XIX^e siècle, un grand nombre de pays de la Méditerranée et du Proche-Orient ont fait appel aux connaissances des Occidentaux pour reconstruire leur médecine. Dans la plupart des cas, l'acquisition des nouveaux savoirs n'est pas due à une diffusion spontanée, ni à l'évolution de la médecine classique mais résulte de l'action des pouvoirs politiques. L'histoire de la

médecine en Perse, dans l'Empire ottoman et en Égypte montre, qu'en dépit de parcours différents, ces pays ont eu les mêmes besoins et ont appliqué les mêmes méthodes pour se moderniser.

SUMMARY

In the 19th century, a large number of countries in the Mediterranean and the Near East called on the knowledge of Westerners to reconstruct their medicine. In most cases, the acquisition of new knowledge is not due to spontaneous dissemination, nor to the development of classical medicine, but results from the action of political powers. The history of medicine in Persia, the Ottoman Empire and Egypt shows that, despite different backgrounds, these countries had the same needs and applied the same methods to modernize.

BIBLIOGRAPHIE

- BASTIDE R. - BASTIDE *Anthropologie appliquée*. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1971, p. 51.
- BICHAT X. - *Anatomie pathologique, dernier cours de Xavier Bichat*. J.-B. Baillière, Paris, 1825, p. 4.
- CHIFFOLEAU S. - *Médecines et médecins en Égypte, construction d'une identité professionnelle et projet médical*. L'Harmattan, Paris, 1997, p. 56-57.
- CLOT A.B. - *Aperçu général sur l'Égypte*. Fortin, Masson et C^{ie}, Paris, 1840, t. 2, p. 283-430.
- CERESOLE - Des observations du citoyen Ceresole sur la rive occidentale du Nil. In : DEGENETTES R. - *Histoire médicale de l'armée d'Orient*, Croullebois et Bossange, Masson et Besson, Paris, An X, part. II, p.47.
- CROZET P. - *Les sciences modernes en Égypte. Transfert et appropriation 1803-1902*. Geuthner, Paris, 2008, p. 107, 285 et 259.
- DESGENETTES R. - *Lettre circulaire du citoyen Desgenettes aux médecins de l'Armée d'Orient, Mémoire sur l'Égypte*. Imp. P. Didot l'Ainé, Paris, An VIII, t.1, p. 58.
- DESGENETTES R. - *Rapport sur le Môristan ou l'Hôpital du Caire, Mémoire sur l'Égypte*. Imp. P. Didot l'Ainé, Paris, An X, t. 2, p. 49-54.
- BIANCHI T. X. de - *Notice sur le premier ouvrage d'anatomie et de médecine imprimé en turc*. Imp. de L.-T. Cellot, Paris, 1821, p. 17.
- SALVE L.E. de - L'enseignement en Turquie, le lycée impérial de Galata-Séraï. *Revue des deux-mondes*, 1874, t. 56, p. 841.
- EQBAL Y. - *Madresse Dar al-Fonoun (L'école de Dar al-Fonoun)*. Sarva, Téhéran, 1997, p. 130.

- FOUCAULT M. - *Naissance de la clinique*. PUF, Paris, 1963, p. 394.
Gazette médicale d'Orient, publiée par la Société impériale de médecine de Constantinople, oct. 1858, n° 7, p. 123.
- HUARD P., GRMEK M.D. - *Charafed-Din. Le premier manuscrit chirurgical turc*. Roger Dacosta, Paris, 1960, p. 45.
- NARANZI, *Gazette médicale d'Orient*, publiée par la Société impériale de médecine de Constantinople. 1858, n° 2, p. 25.
- LAIGNEL-LAVASTINE M., VINCHON J. - La médecine en Perse au XVII^e siècle. *Bull. Soc. Fr. d'Hist. Méd.*, 1933, 27, p. 209.
- NIL SARI, *Educating Ottoman Physicians*. 2005, (consulté sur internet).
- NIL SARI, *Ottoman Medical Practice and The Medical Science*. 2009, (consulté sur internet).
- POLAK J.E. - *L'Iran et les Iraniens (1865)*. Kharazmi, Téhéran, 1989, (trad. Keikavous Jahandari).
- POUJOLAT B., *Voyage dans l'Asie mineure, en Mésopotamie, à Palmyre, en Syrie*. Ducollet, Paris, 1841, t. 2, p. 510.
- RENATI - Essai sur la topographie physique et médicale du vieux Caire. In : *Mémoire sur l'Égypte*, t. 2, imp. P. Didot l'Ainé, Paris, An X, p. 367.
- ROUSTAI M. - *Tariqh Pezechkan va Pezechki dar Iran (L'Histoire des médecins et de la médecine en Iran)*. Bibliothèque nationale et Archives de la République islamique, Téhéran, 2003, t. 1, p. 229.
- SABET-AZAD B. – Modernisation de la médecine en Égypte au XIX^e siècle. *Hist. Sc. Méd.*, 2017, LI, 3, 349-358.
- SCHLIMMER J.L. - *Terminologie Médico-Pharmaceutique Française-Persane*. Imp. Ali Gouli Khan, Téhéran, 1874, p. 226.
- ULUCAM E., N. GOKCE N., R. MESUTR. - *Turkish Anatomy Education from the Foundation of the first modern medical School to today*. JISHIM, 2003, p. 51.
- YILDIRIM N. - *A history of healthcare in Istanbul*. Ajansfa, Istanbul, 2010, p. 274-307.

NOTES

- 1) Sultan Sélim III règne de 1789 à 1807 ; il est renversé et tué lors de la révolte des Janissaires.
- 2) Imam Réza est le huitième imam dans la lignée des douze imams des chiites et son sanctuaire se trouve à Mehad.
- 3) Terme employé à partir du VIII^e siècle pour désigner les personnalités, les doctrines et les comportements préjudiciables à l'islam. On reproche aux *zanâdiq* d'avoir mis en

- cause le *tawhid* (unicité divine), la création *ex nihilo* du monde, la *charia* (lois révélées), la prophétie du « Messager de Dieu » et la légitimité du califat.
- 4) Au sujet de la prohibition du contact avec le sang, voir : Sourate V, verset 3, « Voici ce qui vous est interdit : la bête morte, le sang, la viande de porc » & les hadiths rapportés par al-Bukhari, Tome 1, chap. *Ablution*, part. 63, note 227,228 et sur le contact avec le cadavre voir Muslim *in* Sahih, chap. *mort*, part. 12, notes 36-43.
 - 5) En fait, le Coran n'interdit pas explicitement l'iconographie mais interdit la fabrication des statues, synonyme de l'idolâtrie et l'imitation du Créateur. La Sourate V, verset 90 dispose : « Ô croyants ! Le vin, les jeux de hasard, les pierres dressées (les statues) et les flèches divinatoires sont une abomination et une œuvre du Démon. Évitez-les ».
 - 6) Sahih du Muslim, tome 4, chap. *vêtement et parure*, part. 26, note 81.
 - 7) Il existe de nombreuses copies des dessins de ce livre mais le doute existe quant à son véritable auteur et la date de composition de ses dessins. On remarque des similitudes flagrantes entre les dessins de ce livre et ceux d'origine tibétaine, publiés au XVII^e siècle. Voir In : Bardia Sabet-Azad, *Les concepts thérapeutiques dans l'histoire iranienne*, Thèse EHESS non publiée, 2012, p. 187. Sabet-Azad B. Le traité d'anatomie de Mansur ibn Ahmad ibn Yusuf ibn Iliyâs ; analyse du manuscrit et nouvelle hypothèse pour l'origine des illustrations. *e-SFHM*, 2021, 4, 4-17.
 - 8) D'après N. Yildirim, les médecins italiens, Stephan Caratéodory et son neveu Constantin Caratéodory, y enseignaient la pathologie et la chirurgie. Dans une lettre datée du 1^{er} août 1831, Mustafa Efendi Behçet et Constantine Caratéodory, demandent l'achat des instruments et de l'équipement pour les leçons de chirurgie.
 - 9) Ce dénigrement va à l'encontre des études du Dr S. Jagailloux qui soutient l'existence, à cette époque, « de véritables spécialistes d'un seul type d'intervention » en Égypte dont les chirurgiens ophtalmologistes, les orthopédistes, les spécialistes de la taille vésicale pour lithiase qui obtenaient des résultats satisfaisants. In : Jagailloux S., L'évolution de la chirurgie en Égypte au XIX^e siècle, *Hist. Sc. Méd.*, 1984, 18 (1), 69-76.
 - 10) *hadith* et *Sunna* sont les propos et actes du prophète et des imams, rapportés par des hommes dignes de foi.
 - 11) Charles Lambert, initiateur et directeur de l'école Muhandishana à Boulaq (1837-1850) évoque aussi l'insuffisance de l'éducation primaire des élèves. Il écrit : « la dernière division (des élèves) étant arrivée à l'École (polytechnique) avec une instruction faible et incomplète, nous serons obligés d'achever l'année prochaine le cours commencé cette année (...) le succès du travail de notre école serait fortement compromis pour l'avenir, et même impossible, si les élèves qui nous arrivent de l'école préparatoire ne sont pas dorénavant meilleurs ». In : Pascal Crozet, p.97.
 - 12) En 1842, la durée d'étude de la médecine est de sept ans, dont trois années préparatoires.
 - 13) En 1803, en France, la médecine était partagée en deux filières. La première était celle du nouveau doctorat qui était obtenu après quatre années d'études dans une école suivies de cinq examens et d'une thèse en français ou en latin ; les docteurs avaient le droit d'exercer la médecine et la chirurgie sur tout le territoire. La deuxième filière était celle des officiers de santé ; elle exigeait, soit trois années d'études dans une école de médecine, soit une expérience de cinq ans au sein d'un hôpital, soit un apprentissage de six années auprès d'un docteur en exercice ; un brevet était délivré après un examen devant un jury médical départemental. L'officier de santé ne pouvait exercer que dans les limites du département où il avait été reçu.

Le musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis : source d'inspiration du professeur George Photinos à Athènes

*The Vax Museum of St. Louis Hospital:
Source of Inspiration for Professor George Photinos
in Athens*

par Jacques CHEVALLIER*

L'hôpital Saint-Louis : berceau de la dermatologie française¹

On doit à une nouvelle épidémie de peste en 1606 la décision du roi Henri IV de créer un nouvel hôpital au nord de Paris. Ce sera l'hôpital Saint-Louis, en l'honneur de Louis IX, mort de la peste en 1270 devant Tunis. Les plans furent confiés à l'architecte Claude Vellefaux et l'hôpital reçut ses premiers malades le 8 mai 1616 (Fig. 1). Il n'était un hôpital que lors des épidémies de peste et était donc souvent fermé ou servait d'entrepôt. À partir de 1773 et l'incendie qui détruisit l'Hôtel-Dieu de Paris, l'hôpital Saint-Louis accueillit des malades en permanence. Ce n'est qu'après la Révolution française que l'hôpital Saint-Louis, devenu provisoirement l'Hospice du Nord, devint un hôpital de soin et d'apprentissage de la médecine pour se spécialiser dès la fin 1801 dans la prise en charge des maladies de la peau.

Séance du 20 novembre 2021

* 15, rue Guilloud, 69003 Lyon, jacques.chevallier@gmail.com



Fig. 1 - *L'hôpital Saint-Louis* (Coll. J. C.).



Fig. 2 - *Jean-Louis Alibert* (Coll. J. C.).

Jean-Louis Alibert (1768-1837) (Fig. 2), médecin-adjoint de Saint-Louis en 1801, sera le premier médecin à prendre en charge les malades porteurs de maladies de la peau et à enseigner la dermatologie naissante, car « Tout était à construire en ce domaine : une description précise des dermatoses, leur classification, leur cause présumée, leur traitement. »² Ses célèbres leçons, données chaque été sous les tilleuls de l'hôpital, attirèrent de nombreux élèves et participèrent à la renommée de l'hôpital³. Son célèbre « Arbre

des Dermatoses » (1832) qui classait les maladies de la peau, est un élément marquant de l'histoire de la dermatologie. Alibert, puis ses élèves (Laurent Biett, Alphée Cazenave, Camille Gibert, Alphonse Devergie, Alfred Hardy...) créèrent l'École française de dermatologie. Une autre

école dermato-vénérologique d'importance mais provinciale, « l'École de l'Antiquaille », fut fondée à Lyon peu après.

Dans les années 1870-1890, une nouvelle génération de médecins œuvra pour une meilleure connaissance des affections cutanées et pour le développement de la dermatologie française : Charles Lailler, Alfred Fournier, Émile Vidal, Ernest Besnier, Henri Hallopeau, Louis Brocq, Georges Thibierge, Jean Darier, Raimond Sabouraud, Gaston Milian... C'est à Saint-Louis que fut installée la première Chaire de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris en 1879, après celle de Lyon deux ans auparavant.

Le musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis⁴

Sa création, avec Alphonse Devergie (1798-1879) (Fig. 3) dès 1867, bénéficia d'un soutien administratif important, puis d'un mouvement général d'institutionnalisation de la dermatologie française : création de revues *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (Cazenave, 1843) puis *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (Doyon, 1868) ; création de la chaire universitaire ; fondation de la Société française de dermatologie et organisation du premier Congrès International en 1889. Le don de Devergie d'une collection d'aquarelles représentant des maladies de la peau fut accepté par Armand Husson, directeur de l'Assistance publique, qui décida la création d'un musée à finalité anatomo-pathologique (avec des aquarelles, des photographies et des moulages en cire) qui ouvrit le 25 avril 1867.

Charles Lailler (1822-1893), chef de service, cherchait à faire réaliser des moulages des maladies de la peau plus proches de la réalité par leur aspect tridimensionnel, pour une plus grande valeur pédagogique. Il découvrit le mouleur qu'il recherchait « un jour



Fig. 3 - Alphonse Devergie (Coll. J. C.).

de 1863 » passage Jouffroy : il s'agissait d'un fabricant talentueux de fruits en carton-pâte : Jules Baretta (1834-1923) ! Lailler lui proposa d'abandonner son commerce et de venir travailler à l'hôpital Saint-Louis : il accepta et mit au point sa technique unique de moulage en cire qui le rendit célèbre dans la communauté dermatologique du monde entier.

Le musée initial devint vite trop petit, d'autant que d'autres moulages réalisés à l'hôpital de Lourcine par Charles Jumelin pour Alfred Fournier vinrent s'ajouter. En 1876, il y avait déjà 413 moulages exposés. Grâce à l'intervention décisive de Désiré Bourneville, il fut décidé de construire un nouveau bâtiment pour la consultation externe, la bibliothèque et le musée. Cela offrait pour les étudiants un apprentissage complet dans un lieu unique.

Le nouveau musée fut inauguré le 5 août 1889, pour coïncider avec l'ouverture du Premier Congrès International de Dermatologie. La salle des moulages est une pièce de 420 m², avec éclairage zénithal et 162 vitrines sur deux niveaux. Les moulages sont fixés sur des planches en bois peintes en noir ; ils comportent le nom du médecin responsable, l'identité du mouleur, la date de réalisation du moulage et le diagnostic de la maladie. Les moulages sont classés par ordre alphabétique : choix nosologique novateur ! La collection de moulages, régulièrement cataloguée, comprend 4 807 pièces (une collection générale consacrée aux maladies de la peau et à la syphilis de 3 662 numéros ; la collection Péan de 615 pièces réalisées



Fig. 4 - Musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis
(© Musée des moulages, Hôpital Saint-Louis, AP-HP).

par Baretta ; la collection Parrot de 88 moulages effectués par Jumelin ; la collection Fournier de 442 pièces réalisées par Jumelin puis Baretta). Le dernier moulage a été réalisé en 1958 par Stephan Littre, à la demande du Pr Robert Degos.

Le musée n'a pas subi de modifications majeures depuis cette date (Fig. 4). Remarquons toutefois que le toit en verrière a été récemment remis en état.

Les moulages objets d'art et d'enseignement de la dermatologie

Les moulages dermatologiques en cire s'inscrivent dans une longue tradition d'usage médico-anatomique de la cire, qui prit naissance au XV^e siècle en France. Au XVII^e siècle, l'abbé italien Gaetano Zumbo (1606-1701) est à l'origine de la science céroplastique qui se développa en Europe. D'objets de curiosité, leur rôle pédagogique devient au premier plan à la fin du XVIII^e siècle. À partir des années 1860, les moulages trouvèrent un champ d'application dans les maladies de peau : ils marquèrent une étape déterminante de l'histoire de l'iconographie en dermatologie. Les moulages dépassaient en réalisme les gravures, aquarelles, lithographies. L'usage contemporain de la photographie ne remet pas en question la réalisation des cires.

On doit les premiers moulages de maladies de la peau à Franz Heinrich Martens de Iéna. En 1804, avec l'appui de Goethe, il réalisa une trentaine de moulages de maladies vénériennes. Puis vinrent celles de Joseph Towne à Londres à partir de 1830, puis de Cracovie à partir de 1830 et celles d'Anton Elfinger à Vienne dans les années 1850.

Jules Baretta prince des mouleurs

En France, le premier moulage dermatologique date de 1867 et est l'œuvre de Jules Baretta (Fig. 5). Nous avons vu son arrivée à l'hôpital Saint-Louis ; il en devint conservateur du musée en 1884 et réalisa à lui seul environ 3 500 pièces ! Après le Congrès international de Paris de 1889, son travail fut admiré des dermatologistes du monde entier et il devint très célèbre. Il participa à la création et à l'enrichissement de nombreuses collections en France (Lyon) et à l'étranger (Vienne avec Kaposi, Londres, Boston, Bonn, Philadelphie, Washington...) Ses successeurs à Saint-Louis sont Louis Niclet, Couvreur, Font, et Littre (de 1928 à 1965). Jusqu'au début des années 1930, plus de 4 000 moulages étaient empruntés chaque année pour l'enseignement. Ils étaient utilisés lors des congrès internationaux jusqu'en 1935, mais aussi par les médecins militaires pour la prophylaxie antivenérienne.

Les moulages : un artisanat confidentiel

Jules Baretta refusa toujours de dévoiler les détails de sa technique et refusa de ce fait de former un élève, au grand dam des médecins de l'hôpital. Des techniques proches sont toutefois connues par des mouleurs étrangers comme Bellini, médecin et mouleur de Milan. La fabrication d'un moulage nécessitait la coopération du malade, d'un médecin qui sélectionnait le cas et d'un mouleur capable de reproduire la maladie avec suffisamment de détails et sur un support de qualité pour une conservation pérenne. Cette parfaite coopération entre le médecin et le mouleur a eu son apogée avec Lailler et Baretta : ce dernier suivit les visites de Lailler en salles pendant deux ans.

L'élaboration du moulage se faisait en trois phases. La première est la fabrication du moule en plâtre avec un plâtre très liquide sur le tégument. La seconde est l'élaboration de la pièce en cire, coulée à 60 °C dans le moule en plâtre sec, mais recouvert auparavant de savon ou d'huile. Il s'agissait de cire d'abeille le plus souvent, parfois de cire blanche de Smyrne ou de spermaceti. Des additifs étaient fréquemment ajoutés à la cire : corps gras, résines naturelles, térébenthine de Venise. La cire était opacifiée avec de

la céruse et des pigments variés (rouges : laque de garance, sang dragon, racine d'orcanette ; bleus : indigo ; jaunes : safran, fustic, curcuma ; gris ou noirs : noir de fumée, charbon de bois). La troisième est la finition de la cire : grattage des imperfections, polissage de la pièce avec un pinceau enduit d'huile de térébenthine.

Des yeux en verre ainsi que des cheveux véritables étaient parfois ajoutés pour accentuer le réalisme de l'ensemble.

Les moulages sont des témoins de l'évolution de la dermatologie et de la représentation artistique des maladies de la peau. Ils sont partout remplacés par la photographie pour l'enseignement de



Fig. 5 - *Buste en plâtre de Jules Baretta*
(© Musée des moulages, Hôpital Saint-Louis, AP-HP).

la discipline. Plus de 60 universités conservent plusieurs dizaines de milliers de moulages dermatologiques. Quelques universités en produisent encore : Zürich, Dresde, Riga ou au Japon.

En 1992, la collection parisienne unique a été classée à l'inventaire des Monuments Historiques.

Les moulages témoignent du souvenir des malades souffrants qui acceptent aussi l'enrichissement du savoir médical.

George Photinos à Paris

Le docteur George Photinos (1876-1958) voyage en Europe pour parfaire son éducation dermatologique : Berlin, Londres, Vienne mais aussi – et peut-être surtout – Paris, entre 1902 et 1905. Il a été stagiaire en micro-



Fig. 6 - George Photinos
(Coll. M. Karamanou, Athènes).

biologie à l'Institut Pasteur, en pathologie urinaire à l'hôpital Necker, en anatomo-pathologie chez le Pr Cornil mais il a surtout été l'élève de Raimond Sabouraud à l'hôpital Saint-Louis pendant 18 mois⁵. Il a rencontré Jules Baretta et sa technique fabuleuse mais malheureusement ne pourra en connaître les secrets. C'est à Berlin chez le Pr Oskar Lassar qu'il sera initié à la technique du moulage par Heinrich Kasten. Il y restera dix mois et publiera, en langue allemande, le premier article sur l'art des moulages⁶.

De retour en Grèce, il sera rapidement nommé professeur de dermatologie et syphilologie : ce sera le premier de la discipline ! (Fig. 6)

Le musée des moulages Andreas Syggros d'Athènes⁷

Le premier hôpital d'Athènes spécialisé en dermatologie et vénérologie date de 1910 par la volonté posthume de l'homme d'affaire grec Andreas Syggros (1830-1899) et de sa veuve⁸. George Photinos en sera le premier directeur. En 1912, il crée le musée des moulages dans un but également d'enseignement. Il semble que les premiers moulages aient été fabriqués par Photinos lui-même. Ensuite d'autres mouleurs comme Konstantinos Mitropoulos puis son fils George ont pris le relais. Leur compétence artistique renommée est à l'origine d'une collection de grande qualité. On dénombre 1 660 pièces exposées sur deux pièces et une antichambre (Fig. 7).



Fig. 7 - Musée des moulages A. Syggros, Athènes (Coll. J. C.).

Les médecins grecs à Paris

Comme George Photinos, de nombreux jeunes médecins grecs sont venus à Paris au XIX^e siècle et nombreux y ont soutenu une thèse. Jean-Marie Mouthon⁹ en a recensé 136 dont deux femmes : Marie Kalopothakès née à Athènes et Irène Noupliotou de l'île de Lesbos. Cinq ont été internes des hôpitaux de Paris dont les célèbres Demetrius Alexandre Zambaco (né à Constantinople) installé à Paris puis au Caire et Photinos Panas (1832-1903), né en Céphalonie, Médaille d'or en 1856, chirurgien des Hôpitaux et naturalisé français en 1863. Il sera nommé à la Chaire d'ophtalmologie en 1870 et devient membre de l'Académie de médecine en 1877.

Remerciements : au Pr Marianna Karamanou pour l'inspiration du sujet, son aide et ses clichés ; au Pr Alexandros Stratigos pour son accueil à l'hôpital A. Syggros et au personnel du musée des moulages ; enfin à Mme Sylvie Dorison pour les clichés du musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis.

RÉSUMÉ

L'hôpital Saint-Louis de Paris devint dès 1801 le berceau de la dermatologie française. Charles Lailler découvrit en 1863 un extraordinaire mouleur : Jules Baretta (1834-1923) : un premier musée fut créé par Alphonse Devergie en 1867. Un nouveau musée fut inauguré le 5 août 1889. La collection de moulages comprend aujourd'hui 4 807 pièces : ce sont à la fois des objets d'art et d'enseignement de la dermatologie. Jules Baretta « le prince des mouleurs » réalisa à lui seul environ 3 500 pièces mais refusa toujours de dévoiler les détails de sa technique. Le médecin grec George Photinos (1876-1958) voyagea en Europe pour parfaire son éducation dermatologique, notamment à Paris, entre 1902 et 1905. Il y a rencontré Jules Baretta et sa technique fabuleuse mais malheureusement ne pourra en connaître les secrets. C'est à Berlin chez Oskar Lassar qu'il sera initié à la technique du moulage par Heinrich Kasten. De retour à Athènes, il sera rapidement le premier professeur de dermatologie et de syphilologie. Le premier hôpital d'Athènes spécialisé en dermatologie et vénéréologie date de 1910 par la volonté d'Andreas Syggros (1830-1899) : George Photinos en sera le premier directeur. En 1912, il crée le musée des moulages, dans un but également d'enseignement, qui comprend aujourd'hui 1 660 pièces.

SUMMARY

In 1801, the Saint-Louis Hospital in Paris became the cradle of French dermatology. Charles Lailler discovered in 1863 an extraordinary moulder: Jules Baretta (1834-1923): a first museum was created by Alphonse Devergie in 1867. A new museum was inaugurated on August 5, 1889. The collection of wax moulds now includes 4,807 pieces: this are both works of art and teaching dermatology. Jules Baretta «the prince of moulders» alone produced around 3,500 pieces but still refused to reveal the details of his technique. The Greek physician George Photinos (1876-1958) traveled to Europe to complete his dermatological education, notably in Paris, between 1902 and 1905. There he met Jules Baretta and his fabulous technique but unfortunately will not be able to know its secrets. It was in Berlin at Oskar Lassar that he was introduced to the molding technique by Heinrich Kasten. Back in Athens, he quickly became the first professor of dermatology and syphilology. The first Athens hospital specializing in dermatology and venereology dates from 1910 by the will of Andreas Syggros (1830-1899): George Photinos will be its first director. In 1912, he created the Moulage Museum, also for educational purposes, which today comprises 1,660 pieces.

NOTES

- 1) TILLES G. - L'hôpital Saint-Louis de 1607 à 1945. In : *La dermatologie en France*, (dir. D. Wallach ; G. Tilles), Privat, Toulouse, 2002, p. 381-458.
- 2) LACHAPELLE J.-M., TENNSTEDT D., DEGREEF H., DE BERSAQUES J., LA BRASSINNE M. de - *Deux siècles de dermatologie, Jean-Louis Alibert, 1786-1837, Premier médecin ordinaire du Roi*. Glaxo, Bruxelles, 1992, Introduction : p. 1.
- 3) BRODIER L. - *J.-L. Alibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1768-1837)*. Maloine, Paris, 1923, 390 p.
- 4) TILLES G., WALLACH D. - *Le musée des moulages de l'hôpital Saint-Louis*. Doin et AP-HP, Paris, 1996, 105 p.
- 5) PHOTINOS G. - *Contribution à l'étude et au traitement des affections cutanées et ganglionnaires de la région inguino-crurale (préface de R. Sabouraud)*. A. Maloine, Paris, 1906, p. 11-12.
- 6) WORM A.-M., HADJIVASSILIOU M., KATSAMBAS A. - The greek moulages : a picture of skin diseases in former times. *JEADV*, 2007, 21, 415-519.
- 7) KARAMANOU M., CHRISTOPOULOU K., ANTONIOU C. - The Moulage Museum of Andreas Syggros Venereal and Skin Diseases Hospital ; A Medico-Cultural Treasure. In : MOULIOU M., SOUBIRAN S., TALAS S., WITTJE R., *Turning Inside Out European University Heritage : Collections, Audiences, Stakeholders*, National and Kapodistrian University of Athens Press, Athens, 2018, p. 269-273.
- 8) STAVROPOULOS P. - *100 Years of Andreas Syggros Hospital, Commemorative album*. Andreas Syggros Hospital for Venereal and Skin Diseases, Athens, 2010, 156 p.
- 9) MOUTHON J.-M. - *Les Grecs, docteurs en médecine à la faculté de Paris, au XIX^e siècle*. Mémoire, 2016, <https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/histmed-asclépiades-pdf-mouthon-2016.pdf>.

**John Lykoudis,
un pionnier oublié de la découverte
de l'origine infectieuse des ulcères et gastrites**

*John Lykoudis,
A forgotten pioneer of the discovery
of the infectious origin of ulcers and gastritis*

par Patrick BERCHE*

Jusque dans les années 1990, la majorité de la communauté médicale pensait que les ulcères et les gastrites étaient liées à une hyperacidité en relation avec les stress, l'alcool, le tabagisme ou même la cocaïne. Ces pathologies sont caractérisées par une inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse gastrique, responsable de douleurs abdominales, de brûlures, de nausées, de vomissements, de ballonnements et de perte de l'appétit. La maladie prenait souvent un tour chronique à l'origine sur le long terme de nombreux cancers gastriques, parmi les plus fréquents des cancers. Cette idée était confortée par l'efficacité des traitements bloquant les récepteurs de l'histamine et les pompes à protons. Cependant ces traitements n'empêchaient pas les récives et la chronicité de ces maladies.

Séance du 20 novembre 2021

* patrick.berche@u6paris.fr

John Lykoudis

Le médecin grec John Lykoudis (Fig. 1) a été un pionnier totalement inconnu hors de Grèce, qui a tenté de renverser le dogme dominant en avançant sur des constatations empiriques une origine infectieuse des gastrites et des ulcères gastro-intestinaux. Il est né en 1910 à Missolonghi, une petite ville d'Étolie-Acarnanie, située sur la rive nord du golfe de Patras. C'est dans cette cité, symbole de la lutte de la Grèce pour son indépendance, que mourut Lord Byron en 1824. D'origine modeste, John Lykoudis a fait ses études à l'école militaire de médecine, obtenant son diplôme de docteur en médecine en 1934. Il vient s'installer dans sa ville natale comme médecin généraliste en 1938. Quelques années plus tard, en 1951, il commence à souffrir d'un ulcère gastrique avec des épisodes hémorragiques. Cela dure pendant des années jusqu'en 1958 où lors d'une crise ulcéreuse hémorragique, il décide de se traiter par les antibiotiques. Ce traitement le guérit avec une rémission complète des symptômes. Il en tire la conviction que l'ulcère peptique est d'origine infectieuse¹.



Fig. 1 - *John Lykoudis*
(1910-1980).

Dès lors, Lykoudis va expérimenter sur ses patients différentes combinaisons d'antibiotiques, en privilégiant ceux qui ne sont pas absorbables par voie orale et qui présentent peu d'effets secondaires. La meilleure combinaison apparaît être l'association incluant le sulfate de streptomycine (0,075 g), un sulfamide (phthalylesulphathiazol : 0,3 g), deux antiseptiques intestinaux (5,7-diiodo-8-oxyquinoléine : 0,125 g ; 5-iodo-7-chloro-8-oxyquinoléine : 0,125 g), et la vitamine A favorisant la régénération épithéliale (10 000 IU). Dès lors, il constate de nombreuses guérisons et on afflue dans son cabinet pour être soigné par ce traitement miraculeux. Le succès est tel qu'il décide en 1960 de s'installer à Athènes où les patients peuvent venir plus facilement de tout le pays pour bénéficier de ce nouveau traitement. Il décide alors de déposer un brevet, intitulé « Une méthode de fabrication d'une préparation pharmaceutique pour le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum et de la gastrite ». Ce brevet enregistré le 16 novembre 1961 sous le numéro 22 453, est accepté par les autorités. Il appelle sa préparation Elgaco (elkos ulcère, ga : gastrite, co : colite).

Dès lors, Lykoudis enregistre de très nombreux succès thérapeutiques sans rechutes, mais il a des difficultés pour le suivi à long terme. En l'absence d'essais cliniques avec groupes contrôles, les autorités grecques n'approuvent pas ce traitement. Il contacte de nombreuses firmes pharmaceutiques pour commercialiser son médicament mais ce sera un total échec. Ce refus est basé sur la difficulté de protéger sa préparation qui utilise des antibiotiques sur le marché depuis des années, mais aussi à cause du manque d'études cliniques formelles. En 1964, il décide d'envoyer un article intitulé *Ulcer of the stomach and Duodenum* résumant ses observations au prestigieux *Journal of the American Medical Association*. Après un long délai, l'article est rejeté le 1^{er} septembre 1966 avec la mention : « *not seem appropriate for our journal* ». Dès lors, comme en son temps Edward Jenner avec la vaccine, il décide de publier cette année-là à compte d'auteur un fascicule résumant les résultats de son traitement antibiotique sur les ulcères des gastrites. Il écrit : « Il y a peu de doute que les gastrites et les duodénites qui se compliquent d'ulcères duodénaux et gastriques soient des inflammations dues à un agent infectieux [...]. L'ulcère est une maladie locale et non une manifestation d'une maladie généralisée »². À sa mort en 1980, Lykoudis aurait traité près de 30 000 patients.

On comprend les causes de son échec. Il y avait d'abord l'existence de dogmes totalement acceptés par la communauté médicale : l'acidité gastrique détruit toutes les bactéries ; les ulcères sont dus au stress et à l'hyperchlorhydrie gastrique ; les ulcères sont traités avec succès par des médicaments atténuant l'acidité gastrique, sans cependant éviter les rechutes. On peut lui reprocher de n'avoir pas cherché l'agent infectieux dans l'estomac, mais à l'époque la fibroscopie n'existait pas. Il n'a pas non plus mis en œuvre des essais clinique contrôlés pour conforter ses succès cliniques.

Les bactéries dans l'estomac

Par un singulier hasard, un an avant sa mort, un anatomopathologiste travaillant dans la ville de Perth, située sur la côte sud-ouest de l'Australie, observe des bactéries spiralées ressemblant à des *Campylobacter* dans la majorité des biopsies gastriques qu'il reçoit dans son laboratoire. Les *Campylobacters* sont des pathogènes à l'origine de diarrhées habituellement bénignes. S'il était un dogme bien ancré dans l'esprit de l'ensemble de la communauté médicale, c'est bien que l'acidité gastrique était un puissant bactéricide, et donc il n'était pas envisageable qu'il puisse exister des bactéries dans l'estomac, à moins qu'elles fussent des contaminants.

Et pourtant, des bactéries dans l'estomac chez l'homme avaient été observées à plusieurs reprises. En 1875, l'Allemand G. Bottcher³ et le Français Maurice Letulle⁴ relate la présence de bactéries sur la muqueuse gastrique lors d'ulcères de l'estomac, et lui attribue la cause de l'ulcère. Puis, en 1899, le Polonais Walery Jaworski décrit des bactéries spiralées qu'il nommera *Vibrio rugula* dans les liquides de lavages gastriques, questionnant leur implication potentielle dans les pathologies gastriques⁵. En 1906, l'Allemand Walter Krienitz observe aussi des bactéries spiralées dans l'estomac d'un patient⁶. Puis en 1940, les Américains Freedberg et Barron à Boston décrivent des spirochètes dans la muqueuse de l'estomac humain⁷. Ces multiples observations vont être balayées en 1954 par un travail de Palmer qui ne détecte pas de bactéries dans des biopsies d'estomac (1 180 prélèvements)⁸. C'est en apparence la fin de la partie. On sait aujourd'hui que cet échec est dû au délai d'analyse des prélèvements.

Les vétérinaires de leur côté avaient aussi observé des bactéries spiralées dans l'estomac des animaux. Le premier, l'Italien Giulio Bizzozero, a constaté et dessiné en 1892 la présence de spirilles libres dans la lumière des glandes gastriques de chien⁹. Mais c'est en 1919 qu'un grand pas a été accompli par les vétérinaires japonais Katsuya Kasai et Rokuzo Kobayashi, qui relèvent la présence de bactéries spiralées dans l'estomac des chats présentant des gastrites inflammatoires¹⁰. Fait important, ils réussissent à transmettre ces bactéries à des souris, des lapins et des cobayes. En outre, ils montrent que le Salvarsan, un sel d'arsenic utilisé dans le traitement de la syphilis, protège les lapins de l'effet pathogène des bactéries spiralées, que l'on appelle aujourd'hui *Helicobacter felis*. Cependant ces découvertes ont été totalement ignorées du monde médical du fait des cloisonnements entre médecins et vétérinaires.

La découverte de *Helicobacter pylori*

Tel était l'état de la science en 1979 quand l'Australien Robin Warren observe des bactéries spiralées ressemblant à des *Campylobacter* dans la moitié des biopsies gastriques (gastrites, ulcères). N'avait-il pas collecté près de 135 biopsies gastriques en trois ans. Il utilisait des colorations argentiques, comme pour *Treponema pallidum*, l'agent de la syphilis, car ces bactéries sont difficiles à voir avec les colorations classiques. Il fait l'hypothèse de leur rôle dans les gastrites et les ulcères gastroduodénaux. En 1981, il rencontre un interne, Barry Marshall, en quête d'un sujet de thèse pour terminer ses études de médecine. Ce jeune clinicien décide d'étudier l'hypothèse de Warren en entreprenant une étude clinique contrôlée avec fibroscopie, une technique qui venait d'apparaître et qui permettait de faire des biopsies gastriques assez

facilement. Ainsi Marshall collecte-t-il une centaine de biopsies de patients atteints d'ulcères gastriques ou duodénaux, et de contrôles ne souffrant pas de ces pathologies. Il découvre une forte corrélation entre ces pathologies gastriques et la présence de bactéries spiralées : près de 80 à 100 % des patients ulcéreux sont porteurs de ces bactéries. Marshall et Warren tente de cultiver ces bactéries dans des conditions particulières « microaérophiles », celles utilisées pour les cultures de *Campylobacter*, c'est-à-dire en atmosphère contenant un faible taux d'oxygène. Ils obtiennent des colonies de bactéries spiralées qu'ils appellent *Campylobacter pyloridis*.

Alors commence l'épreuve de publier ces résultats hérétiques par rapport au dogme de l'hyperacidité gastrique à l'origine des ulcères. En 1982, ils envoient un abstract des premiers résultats cliniques au congrès de l'*Australian Gastroenterology Association*, lequel est l'un des rares à être rejeté à ce meeting. Cependant leur abstract sera accepté à l'*International Workshop of Campylobacter Infections* qui rassemblait les microbiologistes spécialistes des *Campylobacter*, apparemment plus ouverts que les gastro-entérologues. En dépit de leur scepticisme, certains spécialistes des *Campylobacter* vont répéter avec succès les observations des deux Australiens. Dès lors, les articles qu'ils avaient envoyé au prestigieux journal *The Lancet* seront acceptés en 1983^{11,12}. Ils montraient l'existence d'une association significative entre la présence des bactéries spiralées et celle d'une gastrite ou d'un ulcère gastrique ou duodéal (Tab. I). Ces bactéries ont été appelées tour à tour *Campylobacter pyloridis*, *Campylobacter pylori*, enfin *Helicobacter pylori* quand

Endoscopic appearance ^a	Total	With bacteria	<i>p</i>
Gastric ulcer	22	18 (77 %)	0.0086
Duodenal ulcer	13	13 (100 %)	0.00044
All ulcers	31	27 (87 %)	0.00005
Oesophagus abnormal	34	14 (41 %)	0.996
Gastritis ^b	42	23 (55 %)	0.78
Duodenitis ^b	17	9 (53 %)	0.77
Bile in stomach	12	7 (58 %)	0.62
Normal	16	8 (50 %)	0.84
Total	100	(58 %)	

Tableau I - Tableau original des résultats présentés dans le *Lancet* en 1983¹³.

les études génétiques ont montré qu'il s'agissait d'un nouveau genre assez éloigné du genre *Campylobacter*. Cet article va déclencher un torrent de scepticisme et de dénigrement, souvent méprisant. On peut même dire une forte opposition de pratiquement tout le monde médical et surtout des gastro-entérologues.

Cette même année, Marshall échoue à infecter expérimentalement des porcelets. Devant la pression importante liée à ces travaux, il prend une décision radicale, celle de boire un bouillon de bactéries. Après 3 jours, il présente des nausées, une mauvaise haleine, des vomissements. Des fibroscopies avec biopsies sont réalisées aux 8^e et 14^e jours, permettant d'obtenir une culture positive. Marshall prend alors un antibiotique (tinidazole) qui entraîne la guérison sans séquelles¹³. Cette autoinoculation lui permet d'affirmer le lien de causalité en remplissant les conditions du troisième postulat de Koch : reproduire la maladie par le germe suspect ! Ces résultats n'ont pas entamé la contestation des gastro-entérologues. En 1991, on associe aussi la présence de *Helicobacter pylori* avec le cancer gastrique. Une inflammation chronique de la muqueuse gastrique peut ainsi aboutir à une cancérisation¹⁴.

Épilogue

Il faudra attendre 1993 pour voir la preuve du lien de causalité à travers les résultats d'un essai clinique contrôlé publié dans le *New England Journal of Medicine* démontrant l'efficacité des antibiotiques au cours des gastrites et des ulcères gastroduodénaux¹⁵. Dès l'année suivante, le *National Institute of Health* admet que les ulcères gastriques sont dus par *H. pylori* et recommande de les traiter par des antibiotiques. On verra ensuite diminuer fortement la fréquence des cancers gastriques à la suite du traitement antibiotique systématique des ulcères et des gastrites. Dès lors, la découverte de Warren et Marshall sera acceptée par l'ensemble de la communauté médicale. Et c'est la consécration couronnée par le prix Nobel de médecine 2005.

L'histoire de Warren et Marshall permet de comprendre les causes de l'échec de Lykoudis. Il est très difficile d'aller contre les dogmes sans apporter des preuves définitives. En l'absence d'essais cliniques contrôlés et de mise en évidence du germe, il était difficile à la communauté médicale d'accepter ses idées. Comme tous les grands précurseurs, il fut oublié. Warren et Marshall ont mis plus de dix ans sous le feu des critiques véhémentes, pour faire admettre leur découverte. Ils ont rappelé le tribut qu'ils devaient à *John Lykoudis*¹⁶.

RÉSUMÉ

Le Dr John Lykoudis (1910-1980) fut un pionnier incompris et méconnu de la découverte de l'origine infectieuse des ulcères et des gastrites. Ce médecin généraliste grec exerçant à Missolonghi, une petite ville de Grèce, a découvert à la suite d'une expérience personnelle, l'efficacité des antibiotiques contre les ulcères gastroduodénaux et les gastrites. Il a traité avec succès près de 30 000 patients en utilisant des antibiotiques et des antiseptiques non absorbés par le tube digestif. Il s'est heurté aux dogmes de l'absence de bactéries dans l'estomac et du rôle largement accepté par la communauté médicale de l'hyperacidité gastrique et du stress dans la genèse de ces pathologies gastriques. Son observation tombée dans l'oubli a été reconnue par Robin Warren et Barry Marshall, lauréats du prix Nobel de médecine 2005, pour leur découverte du rôle de *Helicobacter pylori* dans les gastrites et les ulcères gastroduodénaux.

SUMMARY

*Dr. John Lykoudis (1910-1980) was a misunderstood and unrecognized pioneer of the discovery of the infectious origin of ulcers and gastritis. This greek general practitioner working in Missolonghi, a small town in Greece, discovered from a personal experience the effectiveness of antibiotics against peptic ulcers and gastritis. He successfully treated nearly 30,000 patients using antibiotics and antiseptics not absorbed by the digestive tract. He challenged the dogmas of the absence of bacteria in the stomach and the widely accepted role of gastric hyperacidity and stress in the genesis of these gastric pathologies. His forgotten observation was recognized by the Australian Robin Warren and Barry Marshall, winners of the 2005 Nobel Prize in Medicine, for their discovery of the role of *Helicobacter pylori* in gastritis and peptic ulcers.*

NOTES

- 1) RIGAS B., FERETIS C., PAPAVALASSILOU E.D. - John Lykoudis: an unappreciated discoverer of the cause and treatment of peptic ulcer disease. *Lancet*, 1999; 354, 1634-35.
- 2) LYKLOUDIS J. - *The truth about gastric and duodenal ulcer*. Athens, Greece, 1966.
- 3) BOTTCHE G. - Ueber den Be. fund bei einer an Peritonitis nach Darmperforation zu Grunde gegangenen. *Dorpat. Med. Ztschr.*, 1875, 184.
- 4) LETULLE M., Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum. *So.c Méd. Hôp. Paris*, 1888, 5, 360.
- 5) JAWORSKI W. - Podrecznik Chorob zoladka. *Wydawnictwa Dziel Lekarskich Polskich*, 1889, 32.
- 6) KRIENITZ W. - Über das Auftreten von Spriochaeten verschiedener Form im Mageninhalt bei Carcinoma ventriculi. *Dtsch Med. Wochenschr*, 1906, 32, 872.

- 7) FREEDBERG A.S., BARRON L.E. -The presence of spirochetes in human gastric mucosa. *Am. J. Dig. Dis.*, 1940, 7, 443-445.
- 8) PALMER E.D. - Investigation of the gastric mucosa spirochetes of the human. *Gastroenterology*, 1954, 27, 218–220.
- 9) BIZZOZERO G. - Sulla ghiandole tubupari del tubo gastro-enterico. Appendice : Sulla presenza di batteri nelle ghiandole rettali e nelle ghiandole gastriche del cane. *Centralbl. Bakt.*, 1893, 1, 623.
- 10) KASAI K., KOBAYASHI R. - The stomach spirochete occurring in mammals. *J. Parasitol.*, 1919, 6, 1-11.
- 11) WARREN J.R. - Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet*, 1983, i, 1273.
- 12) MARSHALL B. - Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet*, 1983, i, 1273–1275.
- 13) MARSHALL B.J., ARMSTRONG J.A., Mc GECHIE D.B., GLANCY R.J. - Attempt to fulfill Koch's postulates for pyloric campylobacter. *Med. J. Aust.* 1985,142, 436-439.
- 14) PARSONNET J., FRIEDMAN G.D., VANDERSTEEN D.P., CHANG Y., VOGELMAN J.H., ORENTREICH N., SIBLEY R.K. - *Helicobacter pylori* infection and the risk of gastric cancer. *N. Engl. J Med.*, 1991, 325, 1127–31.
- 15) HENTSCHEL E., BRANDSTATTER G., DRAGOSICS B., HIRSCHL A.M., NEMEC H., SCHUTZE K., TAUFER M., WURZER H. - Effect of Ranitidine and Amoxicillin plus Metronidazole on the Eradication of *H. pylori* and the Recurrence of Duodenal Ulcer. *N. Engl. J. Med.* 1993, 328, 308-312.
- 16) MARSHALL B.J. - *Helicobacter pioneers : firsthand accounts from the scientists who discovered helicobacters, 1892-1982.* Blackwell, Victoria, Australia, 2002.

**L'original docteur Gustave-Joseph-Alphonse
Witkowski (1844-1923), médecin, journaliste,
historien de la médecine, pamphlétaire
misanthrope, vulgarisateur et inventeur**

*The original Doctor Gustave-Joseph-Alphonse Witkowski
(1844-1923), physician, journalist, medical historian,
misanthropic pamphleteer, popularizer and inventor*

par Jean-François HUTIN*

J'ai été amené à m'intéresser à ce médecin peu connu par l'intermédiaire, bien involontaire, de son contemporain, Augustin Cabanès, auquel je viens de consacrer une biographie. Witkowski y est en effet très souvent mentionné, parfois sous son nom, notamment comme co-auteur de *Gayetez d'Esculape*, publié à Paris chez A. Maloine, en 1909, mais, le plus souvent, sous le pseudonyme d'Aristarque, en référence au grammairien grec Aristarque de Samothrace, désignant un critique minutieux et sévère. Witkowski-Aristarque fut en effet l'auteur d'un petit livret très critique sur son ancien collaborateur, publié en 1915 : « *Silhouettes médicales et para-médicales, 1, Le docteur Cabanès par Aristarque* ». Ce livre de 59 pages fut

Séance du 20 novembre 2021

* 2, rue de Neufchâtel, 51000, Reims

tiré à 200 exemplaires mais non mis dans le commerce. L'exemplaire de ce pamphlet qui se trouve à la bibliothèque de l'Académie de médecine comporte d'ailleurs cette mention : « Brochure très rare. L'auteur, le Dr Witkowski, craignant un procès, la fit détruire ».

Le médecin



Fig. 1 - *Portrait de Gustave Witkowski en 1905, à l'âge de 61 ans, (Autobiographie, Tours, 1917).*

Nous reviendrons plus loin sur les raisons de cette discorde entre les deux hommes mais évoquerons d'abord la vie de Witkowski qui, étrangement, présente de nombreuses similitudes avec celle de Cabanès. Nous avons puisé nos renseignements dans son autobiographie de 45 pages, publiée en 1917, également tirée à 200 exemplaires et non mise dans le commerce¹, enrichie de deux portraits de l'auteur (Fig. 1), dont les premières lignes donnent le ton...²

« Witkowki Joseph-Alphonse, né – pas coiffé – à Nevers, le 20 mars, avec le printemps de 1844, la même année que Sarah Bernhardt et Anatole France, mais sans

rien des dons naturels de la grande comédienne ni de l'illustre écrivain »³.

Son père, Gaëtan Stanislas Gustave Witkowski (né en 1809 ou 1810 à Radom en Pologne, décédé le 28 janvier 1845 à Nevers) avait été condamné à mort par contumace dans son pays lors de la révolution de 1830. Réfugié en France, il devint médecin de la Faculté de médecine de Montpellier en 1835 avec une thèse sur l'endocardite. Son fils évoque ce décès avec le même humour noir :

« Quelques jours après être sorti du néant, où l'on aurait bien dû nous laisser, notre père eut la malencontreuse idée de réclamer une petite somme qu'il avait prêtée à un soi-disant ami. Celui-ci, en

témoignage de reconnaissance, l'assomma d'un coup de pierre à la tête ».

Sa mère, née Anne Marie Giraudat (1825-1864) quitta Nevers et revint à Paris où elle acquit le fond de l'hôtel des Messageries, au 47 de la rue Montmartre, faisant de son fils, qui se fait désormais prénommer Gustave, « un gamin de Paris ». Elle épousa en secondes noces, en 1862, un entrepreneur de travaux publics, François Goyard (1825-1900), auquel elle donna un fils, Henri Edmé (1861-1922). François Goyard engagea dès lors son beau-fils dans son entreprise et lui confia même la direction du chantier de la construction de l'église Saint-Ambroise. Au décès de sa mère d'un cancer, en 1864, Gustave dut partager l'héritage maternel avec son demi-frère, qui seul héritera des millions de son beau-père... « Voyez à quoi tient la destinée des *pas de chance* » écrit-il, désabusé. Gustave quitta alors les travaux publics et la tutelle de son beau-père pour exercer divers métiers, « courant d'avatar en avatar » : éditorialiste de divers journaux comme *Les ficelles parisiennes* ou *La Revue Joyeuse* sous les pseudonymes de Williams Fortunio ou Clam, directeur d'un théâtre de la rue de La Tour-d'Auvergne⁴, etc. Espérant en vain obtenir un emploi aux chemins de fer du Nord malgré de solides recommandations, il se décida alors d'embrasser le métier de son père. Reçu bachelier ès-lettres en 1868, malgré « sa brouille avec le latin et le grec », il s'inscrivit à l'École de médecine de Paris où il fut reçu externe des hôpitaux de Paris. À la fin de son externat, il obtint la classique médaille de bronze des hôpitaux de Paris⁵.

Depuis la loi du 7 février 1851, introduisant le double droit du sol pour des motifs essentiellement d'ordre militaire, était considéré Français dès la naissance, l'enfant né en France d'un étranger qui y était lui-même né, ce qui n'était donc pas le cas de Gustave. Il se fit donc naturaliser (décret du 1^{er} juillet 1871, n° 394 : Décret du Gouvernement de la défense nationale qui autorise à établir leur domicile en France, pour y jouir des droits civils, tant qu'ils continueront à y résider : 1^{er}, le sieur Witkowski (Joseph-Alphonse) étudiant en médecine, né le 20 mars 1844 à Nevers, demeurant à Paris, rue Saint Jacques, n° 212, d'origine polonaise par son père). Médecin pendant la guerre de 1870, Witkowski reviendra sur ses origines et ce conflit dans sa biographie après avoir été attaqué sur sa généalogie par un confrère gynécologue :

« Nous ne sommes ni « étranger », ni métèque puisque né en France, fils d'une mère française et d'un martyr polonais ; mais naturalisé pour la forme, nous fîmes notre devoir effectif aux avant-postes, pendant la guerre de 1870-71, en qualité de médecin-major du

182^e bataillon de marche, grade obtenu après épreuves passées au Val-de-Grâce ».

On retrouve Witkowski dans l'annuaire de 1876 comme médecin aide-major de 2^e classe du 12^e régiment territorial d'infanterie. À la suite de la guerre et de la bataille de Paris, sur laquelle il n'en dit pas plus dans sa biographie⁶, il passa sa thèse de doctorat à Paris le 13 août 1872, sur un sujet purement médical : *De la méthode à suivre dans l'examen clinique des maladies des yeux*. Cette thèse de 70 pages, publiée chez Pichon à Paris, nous apprend qu'il est resté en contact avec son demi-frère qui fait partie des dédicataires. Elle nous donne surtout la liste de ses maîtres : Henri Ferdinand Dolbeau (1830-1877), spécialiste en chirurgie infantile, président du jury ; Paul Lorain (1827-1875), historien de la médecine ; Etienne-Jules Bergeron (1817-1900) ; René Marjolin (1812-1895), chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie (enfants malades) et Albert Gombault (1844-1904) qui développa l'histologie. Elle nous apprend aussi que Witkowski suivit les cours de Joseph Auguste Aristide Fort (1835-1920), professeur libre d'anatomie à l'École pratique de la faculté de médecine de Paris et auteur de nombreux ouvrages d'anatomie.

Witkowski s'installa dès lors comme médecin, se spécialisant en accouchement et en maladies des femmes et des enfants. Il vissa sa plaque dans la rue Bleue à Franconville (Seine-et-Oise), rue qui a disparu mais où se trouvait l'épicerie d'un vieux musulman qui a inspiré Eric-Emmanuel Schmitt pour son *Monsieur Ibrahim et les Fleurs du Coran*. Là, écrit-il, « nous fûmes condamné à treize ans de travaux forcés comme médecin de campagne, sans avoir pris, jusqu'à la fin de notre carrière, un seul jour de vacances ». Il devint néanmoins en 1875, conseiller municipal, activité qu'il exerça jusqu'en 1888, apparemment sans conviction :

« Pour nous mettre un fil à la patte, le conseil municipal de notre localité nous fit l'honneur de nous élire maire à l'unanimité, laissant entrevoir la possibilité de décrocher, tôt ou tard, le ruban rouge, qu'un confrère voisin, simple officier de santé, venait de recevoir, comme maire de sa commune, Timeo *Danaos*... Nous partîmes néanmoins ; comme Hippocrate, nous refusions les présents d'Artaxerxés ».

Durant cette période, Witkowski fut membre de la commission du bureau de bienfaisance et de la commission des chemins vicinaux de Franconville de 1880 à 1883.

Le docteur Witkowski se maria en 1873, mais, si l'on en croit son autobiographie, son union avec Émilie Louise Antoinette Thienet, née en 1853, ne fut guère heureuse :

« Entre temps, pour ne point nous singulariser, nous convolâmes en justes noces, pendant l'été 1873, sans prendre garde que ce millésime contenait soixante-treize présages néfastes. [...] Suivent quatorze années de méditations profondes et amères sur ce qu'on appelle, par euphémisme, l'union conjugale ».

Le portail *Geneanet* nous apprend qu'une fille, Marguerite Denise, serait née de cette union en 1874, mais Witkowski n'en fait aucune mention. Peut-être n'était-il pas le père... Il écrit d'ailleurs à propos de ce mariage :

« Ce qui ne nous a pas empêché dans notre prime jeunesse, à l'âge des illusions et de l'inexpérience, de subir la griserie troublante des charmes féminin. L'aiguillon irrésistible qui nous pousse instinctivement à la reproduction de l'espèce, notre seul but sur la terre au vu de l'ingénieux et malicieux Père éternel. À malice, malice et demie. Par scrupule de conscience et crainte de conséquences possibles, nous n'accordions nos faveurs qu'aux postulantes qui avaient fait preuve de stérilité ».

Witkowski, parlant, à côté de son activité de médecin, de son mariage comme d'une « autre galère » divorça le 19 juin 1899.

Comme Cabanès, et comme de nombreux médecins de cette époque, il chercha à s'assurer une activité salariée conjointement à son activité libérale, même si celle-ci lui assurait « 25 à 30 malades par jour »⁷ et que son habileté d'accoucheur était louée. Médecin de la compagnie des chemins de fer du Nord, aux ateliers d'Ermont, en Seine-et-Oise de 1877 à 1888, il assura par la suite les fonctions de médecin du théâtre du Gymnase.

Entre temps, en effet, à la suite d'ennuis de santé, et notamment de phlébites à répétition, le bon docteur s'était installé à Paris, toujours à Montmartre, au 17 avenue Trudaine⁸. Son diplôme de médecine fut enregistré à la préfecture de police de Paris le 27 novembre 1888.

« Après avoir tué huit chevaux sous nous – Napoléon I^{er} n'aurait pu en dire autant – nous prenions le parti de venir vivre en vieux garçon à Paris, dans la Babylone moderne, la capitale du monde syphilité, dominé par le mont Vénérien ; le paradis de Mahomet après l'enfer professionnel et conjugal ».

Le Petit National du 2 août 1898 nous donne un portrait de Witkowski à cette époque :

« Portant allègrement ses cinquante-quatre ans, le docteur Witkowski, qui est de taille moyenne, est doté d'un visage avenant, coupé d'une fine moustache légèrement grisonnante ; l'œil très vif et perçant reflète l'intelligence et la bonté. »

Pratiquant l'autodérision, Witkowski nous en donne un autre :

« Le médiocre développement de la région frontale serait, pour un phrénologue clairvoyant, l'indice d'un intellect plutôt défaillant, ce qui expliquerait une bonté excessive côtoyant la bêtise ».

Le journaliste

Comme Cabanès, Witkowski collabora à plusieurs journaux et revues scientifiques pour le grand public comme *Le Journal de la Santé*, *La Médecine populaire*⁹, *Le Petit Médecin des Familles*, *La Science pour tous*¹⁰, *L'Hygiène pour tous*, *Le Praticien* et *La Gazette de Gynécologie*¹¹. Il va sans dire qu'il ne participa pas à *La Chronique médicale*¹², tant après sa brouille avec son rédacteur en chef, qu'avant. On ne retrouve d'ailleurs pas non plus sa plume dans d'autres *house-organ* de la fin du XIX^e ou du début du XX^e comme les revues *Esculape*, *Pro Medico*, *La Médecine Internationale*, etc., auxquelles contribua grandement Cabanès. Pas plus que ce dernier, Witkowski n'adhéra à la SFHM, tant lors de sa création en 1902, qu'après.

L'historien de la médecine

Comme Cabanès, Witkowski fut en revanche l'auteur de nombreux ouvrages sur l'histoire en général¹³, de la médecine en particulier et notamment de la gynécologie, ce qui ne manque pas de saveur chez ce misogynne patenté, auteur de ces quelques lignes qui lui vaudraient aujourd'hui l'ire des féministes :

« Une femme parfaite, est, dit-on, chose rare.
Pour plaire, il faut qu'elle ait trois grandes qualités :
Esprit – Cœur – Beauté. Or la nature avare
Est chiche de ces biens et les donne isolés
Morale
Donc ne pouvant trouver dans une même femme
Le charme de l'esprit et la beauté du corps
Unis aux qualités si précieuses de l'âme
On doit en prendre trois ayant l'un des trésors »¹⁴

Citons, tous publiés chez G. Steinheil à Paris, l'*Histoire des accouchements chez tous les peuples*, en 1887, que Tarnier jugea « très digne de figurer dans la bibliothèque du praticien, voire du spécialiste désireux de se délasser des fatigues de leur profession par quelques lectures récréatives » dans les *Annales de Gynécologie*¹⁵ ; *Les accouchements à la cour*, 1890 ; *Accoucheurs et sage-femmes célèbres : esquisses biographiques*, 1891, qui comporte un portrait gravé de l'auteur ; *Anecdotes & curiosités historiques sur les accou-*

chements, 1892 ; *Les Accouchements dans les beaux-arts, dans la littérature et au théâtre*, 1894.

L'allaitement fut aussi une riche source d'inspiration avec la série *Tetoniana* comportant quatre ouvrages, édités cette fois par Maloine : *Curiosités médicales, littéraires et artistiques sur les seins et l'allaitement*, 1898 ; *Anecdotes historiques et religieuses sur les seins et l'allaitement, comprenant l'histoire du décolletage et du corset*, 1898 ; *Les seins dans l'histoire*, 1903 ; *Les seins à l'église*, 1907. Cette riche littérature sur ce thème lui valut une caricature dans la revue *Rictus* inspirée de la célèbre scène de la *Charité romaine*¹⁶ (Fig. 2).

Il écrivit aussi sur les rapports de la médecine avec la littérature et les arts notamment sur un sujet qu'il connaissait bien : *Les médecins au théâtre*, Paris



Fig. 2 - Caricature de Gustave Witkowski, (*L'Album du Rictus*, journal humoristique mensuel, deuxième série, Paris, s. n., 1907-1908).

A. Maloine, 1905 en 2 vol.¹⁷. *La Chronique médicale* en publie un encart publicitaire bien dans le style de son auteur :

« Le docteur Witkowski a l'honneur de vous faire part de la naissance de son trente et unième ouvrage *Les Médecins au théâtre* jusqu'au dix-septième siècle, confiés aux soins vigilants de son père nourricier, Mr Maloine, éditeur, 25 rue de l'École de Médecine à Paris. Le père, malgré un travail des plus laborieux, se porte bien. Il espère que « le dernier fruit de sa veine », dirait Boileau, sera, en sa qualité d'enfant de vieux, bientôt épuisé »¹⁸.

Citons aussi *L'art profane à l'église ; ses licences symboliques, satiriques et fantaisistes. Contribution à l'étude archéologique et artistique des édifices religieux*, 2 vol., 1908 ; *L'art chrétien, ses licences. (Complément de L'art profane à l'église) – France et étranger*, 1912. Ce n'est pas un hasard si ces trois livres licencieux, visant à montrer que l'art religieux ne parvient pas toujours à s'abstraire – et heureusement estimait Witkowski – des pesanteurs de la chair pour s'élever dans les sphères célestes, furent édités chez Jean Schemit, éditeur hermétique et ésotérique du mystérieux Fulcanelli.

On doit surtout à ce « grand désopilateur de rate devant l'éternel¹⁹», adepte de l'autodérision, de nombreux ouvrages sur la médecine anecdotique chez C. Marpon et E. Flammarion et Steinheil, dont certains ont été récemment réédités sous d'autres titres²⁰ : *Les joyusetés de la médecine; anecdotes, bons mots, pensées, chansons, épigrammes, etc., recueillis et annotés* ; *Le mal qu'on a dit des médecins*, 1884, en 2 vol., 1^{re} série : Auteurs grecs et latins, 2^e série : Auteurs français jusqu'à Molière ; *La médecine littéraire et anecdotique*, s.d. ; *Anecdotes médicales*, 1882, dont de nombreux journaux vantent les mérites contre la mélancolie ambiante ; *Les drôleries médicales*, s.d.

Le pamphlétaire misanthrope

En 1920, cinq ans après son pamphlet au vitriol signé Aristarque, il publia *Comment moururent les rois de France ?* à Paris, Bibliothèque des Curieux. Cet ouvrage, entièrement composé depuis août 1914, mais qui, par suite de la mobilisation de l'imprimeur ne put être tiré qu'à la fin des hostilités, critiquait ouvertement les *Morts mystérieuses de l'Histoire* du docteur Cabanès. Witkowski rédigea aussi en 1916, en pas moins de 154 pages, une minutieuse et sévère *Dissection de Folie d'empereur*, critiquant le livre du même nom de ce même Cabanès. Mais ce travail, dont un exemplaire dactylographié se trouve à l'Académie de médecine, ne fut jamais publié.

Witkowski publia aussi plusieurs ouvrages en collaboration avec d'autres médecins : Ladislas-Xavier Gorecki²¹ pour *La médecine littéraire*

et anecdotique : morceaux choisis en prose ou en vers, curiosités pathologiques et scientifiques, anecdotes, maximes, épigrammes, etc., Paris, C. Marpon et E. Flammarion, 1881, ou Lucien Nass²² avec *Le nu au théâtre, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours*, Paris, Daragon, 1909²³.

Witkowski collabora aussi avec Cabanès avec lequel il publia *Gayetez d'Esculape* en 1909 chez Maloine, œuvre humoristique à travers laquelle les deux auteurs mettaient en scène l'histoire du clystère qui sera réédité en 1922, en deux volumes, sous le titre *L'Esprit d'Esculape* suivi de *Joyeux Propos d'Esculape*. On remarque que Cabanès se place en premier auteur dans la seconde édition alors que Witkowski parle de ce dernier comme de son collaborateur dans la première²⁴. Mais si cette réédition semble avoir participé à la brouille entre les deux hommes, Witkowski expose d'autres raisons dans un ouvrage intitulé *Curiosa de médecine*, paru en 1920²⁵. Cette brouille daterait en fait de 1908, lors de la publication de *L'Art profane à l'Église, ses Licences Symboliques, Satiriques et Fantaisistes* à laquelle Cabanès devait participer mais qui, semble-t-il, se servit des travaux de son confrère pour ses propres écrits...²⁶.

À côté de ces nombreux ouvrages cités, dont certains bénéficièrent d'une traduction en anglais (*The organs of vision : their structure and functions ; The mechanism of voice, speech and taste (throat and tongue), The mechanism of earing and of mastication, The brain and nervous system* London, Baillière, Tindall, and Cox, 1878), ou en catalan (*La generació humana en 1892*), Witkowski laissa plusieurs autres manuscrits inédits qui ne furent pas publiés. Parmi ceux-ci, *L'art de dompter les mémoires rebelles*, in 4°, écrit en 1920, sans doute inspiré de ses *Mémento d'anatomie* publiés en 1894, et neuf volumes in 4°, dactylographiés, comprenant les règnes des souverains jusqu'au 1^{er} Empire inclus. « Cet ouvrage, écrit-il, pourra être consulté à la Bibliothèque Sainte-Geneviève ». Nous n'avons hélas trouvé aucune trace de cette série dont *Comment j'ai appris l'histoire de France. Petits moyens mnémotechniques à l'usage des amnésiques. Les Bourbons. Henri IV*, publié chez Le François en 1918, faisait partie.

Le fonds d'archives de la Wellcome Library à Londres recèle en revanche un recueil de coupures de presse, dont certaines sont d'ailleurs signées Cabanès, notices d'éditeurs, comptes rendus relatifs à ses écrits, notamment lors du dépôt de ses ouvrages à l'Académie, comprenant des photographies, ainsi que des poèmes originaux et des traductions olographes de notices étrangères²⁷. On trouve également quelques lettres qui lui sont adressées, faisant référence à ses œuvres. Hélas, les têtes des deux photographies du compilateur, sans aucun doute Witkowski lui-même, ont été découpées. Les

lettres, qui sont toutes des hologrammes signés, sont diversement datées entre 1904 et 1918 et ont été écrites entre autres par Paul Dorveaux²⁸, Jean Grand-Carteret²⁹, Charles Porak³⁰ ou Léon Gabriel Toraude³¹. À la lecture de ces documents, Cabanès ne semble pas être le seul à s'être fâché avec Witkowski, même si Aristarque ne s'en prendra qu'à lui. On trouve notamment une curieuse lettre manuscrite non datée intitulée : *Liste de mes voleurs connus* ! Si Cabanès n'est pas cité, Witkowski énumère les griefs qu'il a envers de nombreuses autres personnalités, des comédiens comme Yveling Rambaud et E. Coulon qui plagièrent plusieurs phrases des *Danseuses de l'Opéra* de ses *Théâtres en maillot* pour écrire *Les théâtres en robe de chambre* ; le docteur Labarthe qui piocha allègrement dans sa *Médecine anecdotique* ; le gynécologue Auvard qui se servit des figures de son *Histoire des accouchements* à l'anatomiste Mathias Duval pour le texte du *Corps humain* ; Auguste Lutaud, alias Dr Minime, qui donna « des coups de ciseaux à ses petits volumes » pour son *Parnasse Hippocratique* ; Paul Rodet à qui il avait confié son *Histoire des accouchement* et qui en abusa dans la traduction qu'il fit de *La Pratique des Accouchements chez les peuples primitifs* d'Engelmann ; l'abbé Riche, auteur des *Merveilles de l'œil*, Paris, Plon, 1876, qui recopia plusieurs pages de ses propres livres, et aux éditeurs peu scrupuleux de Vienne ou Berlin... Un faire-part « anticipé » de décès que Witkowski rédigea à son propre usage, et qui figure dans le post-scriptum de son *Art chrétien* précise même qu'il fut trahi par tous ses amis, sauf un. Après enquête, il semble que ce dernier était Charles Porak.

Notre médecin écrivain admet néanmoins dans son autobiographie sa propre misanthropie comme source de conflit avec ses contemporains :

« Nous prenons en grippe le monde qui ne vit que d'hypocrisie, de mensonges, de médisances et de calomnies, comme les cigognes vivent de serpents, sans qu'ils leur nuisent, selon la remarque judicieuse du cardinal de Richelieu. C'était assez pour nous convaincre – assoiffé de vérité et de justice comme Don Quichotte – que nous n'étions pas sociable ».

Witkowski se défend néanmoins de toute aigreur :

« Malgré tout, malgré la maladie – compagne fidèle – malgré la femme – compagne moins fidèle – qui nous ont rendu grognonnant, misogyne et quelques peu misanthrope, nous avons cette consolation de n'avoir jamais envié les livrées du succès et d'avoir aimé, vraiment aimé notre indépendance ».

Le vulgarisateur

Witkowski se fit surtout connaître en publiant dès 1876 des livres sur l'anatomie, et notamment un remarqué *Anatomie iconoclastique : atlas complémentaire de tous les ouvrages traitant de l'anatomie et de la physiologie humaines, composé de planches découpées, coloriées et superposées, texte inclus*, Paris, H. Lauwereyns, en 11 vol. de planches coloriées, découpées et superposées : vol. 1 : Le corps humain ; vol. 2 : Le Cerveau : Encéphale & centres moteurs ; vol. 3 : L'Oreille et la Dent ; vol. 4 : Le Larynx et la Langue ; vol. 5 : Œil ; vol. 6 : Organes génitaux et périnée de la femme ; vol. 7 : Organes génitaux et périnée de l'homme ; vol. 8 : Le Squelette et les Articulations ; vol. 9 : La Main ; vol. 10 : Le Pied ; vol. 11 : La grossesse à terme. Même s'il ne fut pas l'inventeur de la technique des illustrations anatomiques sur des planches à feuillets superposés puisque celle-ci fut attribuée à Johannes Remmelin, avec son *Catoptrum microcosmicum* (1619), Witkowski sut en tirer tous les bénéfices pour l'enseignement. À propos du second volume sur le cerveau, on peut ainsi lire dans les *Archives générales de médecine*³² : « L'auteur sait se tirer avec succès d'une difficulté insoluble qui consiste à représenter un solide par des surfaces planes. Son procédé est celui qu'emploient, faute de mieux, les anatomistes obligés de recourir à des coupes, intelligibles seulement à ceux qui se sont familiarisés avec l'examen du cerveau en masse et dans ses divisions plastiques. ». *Le Petit Médecin des familles* du 22 février 1887 n'est pas moins dithyrambique : « Je ne connais pas de livres plus attachant à la lecture, plus sérieusement instructif, et plus orthodoxement doctrinal. N'eut-il à son actif que ce splendide travail, cela suffirait pour le placer au premier rang de nos spécialistes ».

Ses ouvrages *Structure et fonctions du corps humain*, Paris, H. Lauwereyns, 1877, réédité sous le titre *Le corps humain*, chez le même éditeur en 1882, et *La génération humaine*, Paris, G. Steinheil, 1886, dont on ne compte pas moins de neuf éditions, reprenaient dans un petit atlas qui pouvait être acheté séparément, cette technique de planches superposées qui fit le bonheur des étudiants en médecine de l'époque. « Mr Witkowski sait rendre la science aimable peut-on lire dans le *Dictionnaire biographique international des médecins et chirurgiens*. Quelqu'un l'a nommé « le Louis Figuiet³³ de la médecine ». Ces travaux de vulgarisation ne furent sans doute pas étrangers à la remise de la médaille de bronze en 1879 par la Société pour l'Instruction élémentaire ; à sa nomination en 1883 comme officier d'Académie, ancêtre des Palmes académiques, et le 13 juillet 1889, à celle d'officier de l'Instruction publique.

L'inventeur

À côté de cette activité « d'égaré de la Médecine », terme emprunté à Cabanès, cette autobiographie, annoncée par son auteur comme des « notes sans portée », nous apprend que Witkowski fut à l'origine de plusieurs inventions, qualifiées de « Productions para scientifiques ». La première fut un réveille-matin explosif et carillonneur dont l'utilité reste mystérieuse :

« Cet appareil est notre première élucubration publiée dès 1861. Son prix modique fit écouler rapidement la vente des 1 000 exemplaires tirés. C'est une curiosité scientifique rappelant la clepsydre des anciens plutôt qu'un appareil usuel. Le vacarme qu'il produit à l'heure matinale du déclenchement répand une terreur telle chez les voisins que ceux-ci exigent soudain l'expulsion d'un locataire aussi bruyant. C'est le désagrément que nous eûmes à subir à notre premier et dernier essai. Pour l'utiliser en tout repos il est donc nécessaire d'occuper une habitation isolée au fond des bois ».

Sa seconde invention permettait selon lui un traitement préventif de la fièvre puerpérale à partir d'injections phéniquées intra-utérines :

« Notre esprit simpliste assimile la plaie de l'utérus à celle d'un blessé et, dès 1868³⁴, nous imaginions de pratiquer à l'hôpital Saint-Antoine, deux fois par jour, aux parturientes du service de Lorrain, et avec son autorisation, des injections phéniquées intra-utérines à l'aide d'une sonde en argent à double courant dont nous confiâmes la fabrication à Charrière sur notre maigre budget d'étudiant. Mais le métal – précieux alors – tenta quelques subalternes du service et bientôt les injections antiseptiques cessèrent faute d'injecteur. Nous ne revendiquons pas moins l'idée première de cette antiseptie prophylactique que nous appliquâmes par la suite à notre clientèle et qui nous permit, sur un millier d'accouchements, pratiqués *secundum artem*, de n'avoir eu à enregistrer aucune suite fâcheuse d'infection, pas la moindre *phlegmasia alba dolens* ».

Autre invention, le masticateur de cordon :

« Lors de notre installation à Franconville, notre prédécesseur nous rapporta qu'il venait de perdre un nouveau-né par hémorragie du cordon ombilical après chute de la ligature. Pour prévenir un semblable accident nous pensâmes aux quadrupèdes femelles coupant le cordon de leurs petits en le mâchonnant, à la façon des écraseurs et des pinces hémostatiques qui sectionnent ou écrasent et obstruent le calibre des artères. Nous fîmes pratiquer par un serrurier, Monsieur Laporte, le Charrière de la localité, une sorte

de Casse-Noisette à dents engrenées pour mâchonner l'extrémité du cordon au-delà de la ligature. [...] Comble de la distraction notre mauvaise habitude de penser d'abord aux autres, nous fit oublier de mentionner cet instrument dans l'arsenal obstétrical ».

Citons aussi le craniotome-trépan :

« En 1879, pour la première fois, nous eûmes l'occasion de perforer un crâne foetal afin de l'aider à franchir un rétrécissement prononcé du bassin à l'aide des ciseaux en fer de lance de Smellie. Les accidents auxquels expose cet instrument (glissement de la pointe, perforation du péritoine), nous firent confier à Monsieur Aubry la fabrication d'un perforateur du crâne de tout repos. Il se compose d'une tige cylindrique creuse terminée par un manche vertical à une extrémité et à l'autre par une couronne de trépan munie d'un curseur mobile, ou manchon protecteur du vagin. [...] Cet appareil fut présenté à la Société de chirurgie par le docteur Championnière en mai 1881. Nous l'avons appliqué plusieurs fois très facilement et en toute sécurité pour la mère ».

Autre « invention », le fauteuil médical³⁵ :

« L'ancien fauteuil à spéculum présentant trop d'inconvénients, nous en avons imaginé un plus léger moins encombrant, sans mécanisme et meilleur marché. [...] Le nôtre, en chêne sculpté style renaissance, avait au surplus l'avantage de ne pas déceler son usage et se servir de meuble élégant et original. Il joignait l'utile à l'agréable ».

Enfin signalons une dernière invention de Witkowski, « l'auto-panseur pour maladie des femmes » qui date de 1896, et qui porta son nom. « Cet appareil, écrit-il, permet à la femme de porter elle-même, dans les voies génitales, les topiques prescrits par le médecin. » Son inventeur nous apprend que cet instrument est visible dans les vitrines du musée de la Société d'histoire de la médecine...

Selon le *Dictionnaire biographique international des médecins et chirurgiens*, Witkowski était membre de plusieurs sociétés savantes : la Société thérapeutique expérimentale de France en 1868, la Société de la presse scientifique, la Société française d'hygiène en 1880, et la Société d'hygiène de l'Enfance en 1887. En 1879, il reçut la médaille de bronze de la Société pour l'Instruction élémentaire. Point de légion d'honneur ni même de prix de l'Académie de médecine ou d'ailleurs, comme il s'en plaint dans une lettre datée du 20 mars 1918 à son ami le docteur Porak³⁶, auquel revenait la tâche de faire passer ses ouvrages à la noble assemblée de la rue Bonaparte dont il était membre :

« Mais à qui diable décerne-t-on le prix du philanthrope Montyon ?

Depuis 1914, je l'ai mérité chaque année et je ne vois rien venir. Toujours la déveine des descendants d'Atrée qui me poursuit. Heureusement que j'ai de la philosophie à revendre à Kant et que je me f... du Kant dira-t-on... ».

Cette lettre, un brin nostalgique, écrite de Tours où il passe son 74^e anniversaire, nous renseigne sur sa santé :

« J'entre donc dans ma 75^e année. 75 ! Qui l'eût cru ! Qui l'eût dit ! On a bien raison de dire qu'il n'y a que les bons qui s'en vont. Sinon, à 75 ans, je ne suis pas plus sérieux qu'à 20. L'état d'âme est le même, le cœur, d'ailleurs, ne vieillit pas. Tout ce long préambule pour te dire qu'il est inutile d'envoyer « ni fleurs, ni couronnes » et que ma santé est aussi mauvaise que peut être celle d'un cadavre ambulante. [...] Je vis en anachorète et en ermite vertueux. [...] Ah si j'avais eu le bonheur de rencontrer une bonne femme comme la tienne ! Comme elle aurait été heureuse avec moi, pas plus certes qu'avec toi, mais la déveine, toujours cette fatalité, il n'y a qu'une bonne femme ici-bas et ce n'est pas pour moi ! Je tombe sur le modèle des gargouilles morales et physiques ».

Cet étrange mais attachant personnage mourut le 24 janvier 1923, rue des Feuillantines dans le 5^e arrondissement de Paris³⁷, où il habitait au moins depuis dix ans, l'annuaire des docteurs en médecine de la préfecture de police de Paris le localisant à cette adresse en 1913, soit à quelques rues à peine de la rue Lacépède où habitait son confrère honni.

Mais même cet événement lui donna matière à plaisanter :

« Nous sommes partisan de la crémation, non par singularité, taquinerie ou protestation anti-religieuse, mais d'abord parce que cela est plus propre, plus expéditif et plus hygiénique que la putréfaction à laquelle est vouée la gent moutonnaire ; ensuite toute notre vie nous avons été très sensible au froid... [...] La chaleur, un peu vive peut-être du four crématoire – le vestibule des enfers où nous espérons nous réchauffer à loisir –, nous séduit et nous attire. Par surcroît le choix aurait l'avantage de justifier l'expression consacrée : *Feu Witkowski* ... [...] À la face antérieure de notre urne on gravera cette inscription de l'Arioste que l'on pouvait lire à la façade de sa maison de Ferrare : *Parva sed apta mihi*.³⁸ On réservera au couvercle cette épitaphe lapidaire :

G.J.W.

1844-1917

Ci-gît un pauvre vieux docteur

Qui n'inspira que de l'envie

Et ce n'est qu'en perdant la vie
Qu'il trouve le parfait bonheur

RÉSUMÉ

Cette communication évoque la vie du docteur Gustave Witkowski (1844-1923), médecin misanthrope, accoucheur misogyne, mais aussi écrivain, anecdotier, journaliste, médecin de théâtre, historien de la médecine, spécialiste de l'histoire de l'accouchement et de l'allaitement, vulgarisateur, notamment dans l'enseignement de l'anatomie, inventeur méconnu, et surtout polémiste, s'opposant avec virulence, mais non sans humour, à son contemporain, Augustin Cabanès (1862-1928), sur des sujets de « médecine historique » dont ce dernier s'était fait le chantre.

SUMMARY

This talk presents the life of Dr Gustave Witkowski (1844-1923), a misanthrope physician and a misogynist obstetrician, as well as a writer, an anecdote teller and an unrecognized inventor. He practiced medicine in theaters, specialized in the history of childbirth and breastfeeding, popularized anatomy... Most of all, he was a polemist, who stood against Augustin Cabanès (1862-1928) with condemnation as well as humor, on questions regarding the « historical medicine », Cabanès pretended to master.

NOTES

- 1) WITKOWSKI G.-J. - *Autobiographie*. Imp. E. Arrault et Cie, Tours, 1917, In-16 de 44 p., 12 fig., 1 pl., 2 portraits.
- 2) L'autre principale source de cette biographie est l'article que le *Dictionnaire biographique international des médecins et chirurgiens*, Imprimerie de l'armorial français, Paris, 1903, lui consacra.
- 3) J. Schiller évoqua ce « personnage pittoresque », pour reprendre son expression, au sein de notre société en 1967 dans une courte note en précisant que sa date de naissance n'est pas toujours correctement donnée, fournissant diverses références effectivement erronées avant de se tromper lui-même, la situant le 21 mars 1844. SCHILLER J. - Note biographique sur Gustave-Joseph Witkowski (21 mars 1844-24 janvier 1923). *Histoire des sciences médicales*, s.l., 1967, vol.1.
- 4) Ouvert de 1840 à 1882, ce théâtre, situé 22 rue de La Tour-d'Auvergne à Paris, était dirigé par Talbot de la Comédie-Française, et donnait des vaudevilles. Quelques célébrités, dont Mme Ristori, débutèrent sur cette scène
- 5) Une photographie conservée à la Wellcome Library, hélas découpée à son emplacement, montre Witkowski au milieu de ses collègues autour du professeur Bergeron à l'hôpital des enfants malades Sainte Eugénie en 1868.

- 6) Une photographie conservée à la Wellcome Library, hélas découpée à son emplacement, montre l'aide-major Witkowski au sein de l'état-major du 182^e B. de marche avec le major Langronne durant le siège de Paris.
- 7) *Le Petit Médecin des familles* du 22 février 1887.
- 8) Il déménagera en 1896 au 2 rue Saint Lazare.
- 9) BAUDRIMONT M., POIRIER J. - L'« iconographie de La Médecine populaire », journal hebdomadaire illustré (1880-1884). *Histoire des sciences médicales*, 1990, Vol. 24 (3-4). Communication présentée à la séance du 28 avril 1990 de la Société française d'histoire de la Médecine.
- 10) La revue *La Science pour tous* est créée en 1856 par H. Le Couturier, qui lance en même temps Le Musée des sciences.
- 11) *La Gazette de gynécologie : journal bimensuel des maladies médico-chirurgicales des femmes*, fut fondée en 1886 par Louis-Pierre Ménière.
- 12) En dehors d'une note sur l'article de Reynaud sur la maladie de Molière dans le n° 04 de l'année 1907, p. 105 ; une note intitulée : De quand datent les premiers accoucheurs ? dans la rubrique *Correspondance médico-littéraire* dans le n° 9 mai de 1898, p. 296 ; une sur une critique de La Dormeuse par André de Lorde dans la rubrique *Variétés médico-littéraires*, La médecine et les médecins au théâtre n° 08 de l'année 1901, p. 134, une sur L'accouchement à Saint-Pierre de Rome dans la rubrique *Iconographie artistique* dans *La Chronique médicale* n° 3 de 1904, p.93. Sans oublier la curieuse réclame bibliographique pour Les Médecins au théâtre parue dans le n° 10 de 1905, p. 344.
- 13) Les principaux ouvrages sont numérisés en ligne sur les sites de la BNF et de la Wellcome Library. La bibliothèque Sainte Geneviève est également dépositaire de nombreux livres de Witkowski.
- 14) Wellcome Collection : Witkowski, Gustave Jules Alphonse (1844-1923), Coupures de presse, 1865-1920, (Référence MSS.5036-5038, Vol. III).
- 15) Wellcome Collection : Witkowski, Gustave Jules Alphonse (1844-1923,) Coupures de presse, 1865-1920, (Référence MSS.5036-5038, Vol. II).
- 16) *L'Album du Rictus, journal humoristique mensuel*, deuxième série, s. n., Paris, 1907-1908.
- 17) Ce livre de Witkowski lui doit son entrée dans FISCHER L.-P. - *Le bistouri et la plume. Les médecins écrivains*. L'Harmattan, Paris, 2003, p.432, et dans CROMMELYNCK I. - *le Petit dictionnaire de la médecine au théâtre. De Molière à nos jours*. Herrmann, 2014, p.287.
- 18) *La Chronique médicale*, n° 10, 1905, p. 344.
- 19) *Nouvelle rive gauche* du 15 décembre 1882.
- 20) *Histoires surprenantes et décalées de la médecine*, Editions Jourdan, 2019.
- 21) Ladislas-Xavier-Paul Gorecki (1846-1904), également d'origine polonaise, ancien médecin de marine installé à Montreuil, s'était spécialisé en ophtalmologie. Gorecki fonda, en collaboration avec le médecin hygiéniste Émile Decaisne (1826-1888), *Le praticien*, journal qui dura vingt-cinq ans. Decaisne étant aussi rédacteur en chef du journal *Médecin de réserve*.
- 22) Lucien Nass (1874-1933), médecin et historien, franc-maçon, fut directeur de la *Revue d'hygiène sociale*. Dans le domaine médico-historique, il publia seul *Les Empoisonnements*

- sous Louis XIV* en 1898, *Poisons et sortilèges. Deuxième série. Les Médecins, les Bourbons, la science au XX^e siècle* en 1903, *Les névrosés de l'histoire* en 1908.
- 23) Nass s'associa également avec Augustin Cabanès pour quelques ouvrages : *La Névrose révolutionnaire*, Société française d'imprimerie et de librairie, Paris, 1906, (préface de Jules Claretie) ; *Poisons et sortilèges : les Césars, envoûteurs et sorciers, les Borgia*, Plon-Nourrit et Cie, Imprimeurs-éditeurs, 1903.
- 24) Préambule de *Comment moururent les rois de France*, Editions nouvelles, 1920, (Bibliothèque des curieux).
- 25) Auquel Cabanès donne une critique virulente dans *La Chronique médicale*, 1920, n°11, p. 350.
- 26) WITKOWSKI G.-J. - *Curiosa de Médecine*. Librairie Le François, Paris, s.d. (1920), p. 263-264.
- 27) Wellcome Collection : Witkowski, Gustave Jules Alphonse (1844-1923), Coupures de presse, 1865-1920, (Référence MSS.5036-5038).
- 28) Paul Dorveaux (1851-1938), médecin, historien, bibliothécaire de l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, se spécialisa dans l'histoire de la médecine et mena des recherches sur François Rabelais.
- 29) John Grand-Carteret (1850-1927) était journaliste, historien de l'art et de la mode, considéré comme pionnier dans le domaine de l'iconologie.
- 30) Charles Porak (1845-1921), docteur en médecine (Paris, 1878), fut professeur agrégé, médecin accoucheur en chef à la maternité de Paris. Membre de la Société anatomique, il fut élu à l'Académie de médecine pour la section d'accouchements, le 6 mars 1894.
- 31) Léon Gabriel Toraude (1868-1945) était un historien et pharmacien, rendu célèbre pour son *Bernard Courtois (1777-1838) et la découverte de l'iode (1811)*, Vigot, Paris, 1921.
- 32) *Archives générales de médecine*, P. Asselin, Paris, 1878, série 7, n° 01.
- 33) Guillaume Louis Figuier (1819-1894), pharmacien, devint le plus prolifique vulgarisateur du XIX^e siècle après le conflit qui l'opposa à Claude Bernard sur la glyco-génèse hépatique.
- 34) Il est pourtant classique de considérer 1876 comme la date de l'introduction en France de l'antisepsie grâce à J. L. Championnière et Samuel Pozzi. Witkowski avait-il été inspiré par les travaux de Semmelweis publiés en 1861 sous le titre *Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers* ?
- 35) Marcel Thivolet qui consacra un long article intitulé : *Les ouvrages médicaux et littéraires du docteur Witkowski*, le 3 septembre 1894, dans le journal *Le siècle industriel*, évoque longuement cette invention.
- 36) Wellcome Collection : Witkowski, Gustave Jules Alphonse (1844-1923), Coupures de presse, 1865-1920, (Référence MSS.5036-5038, Vol. III).
- 37) Sans doute pour cette raison que, comme il le précise dans son Autobiographie : « *La bibliothèque Saint-Genève possède notre œuvre de compilation et de vulgarisation au complet* ».
- 38) « *Petite mais me convient* » : cette devise est extraite d'un vers d'Horace. Depuis 1776, cette célèbre devise est également inscrite sur la « Folie » du comte d'Artois (futur Charles X), fleuron du parc de Bagatelle en lisière du bois de Boulogne, réalisée par l'architecte Bellanger.

LES ENSEIGNEMENTS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (ex-DESCARTES)

Un **D.U en Histoire de la médecine et des maladies** : organisé sur une année universitaire, de septembre à juin. Cet enseignement est proposé en mode « à distance » ou « en présentiel », au choix ; le mode « présentiel » est programmé les samedis de 9h30 à 12h30 à la faculté de médecine de Paris, sur le site de Necker (160 rue de Vaugirard, Paris). Cet enseignement recouvre toutes les périodes et pratiques en matière de médecine, de chirurgie et d'organisation du droit de la santé de l'antiquité à nos jours. Ce D.U est ouvert aux étudiants et professions de santé, aux juristes, journalistes et autres filières, mais aussi, sur autorisation, à ceux qui s'intéressent à l'Histoire de la médecine.

Un **D.U en Histoire de la psychiatrie** : organisé en mode « à distance », ou « en présentiel », sur l'année universitaire de janvier à juin. Il propose une étude de l'évolution des concepts et des pratiques de la psychiatrie de l'antiquité à nos jours. Le mode « présentiel » est organisé à la faculté de médecine de Paris, sur le site de Necker (160 rue de Vaugirard, Paris) les samedis de 9h00 à 12h45. Le mode « à distance » permet de suivre les cours sur un site dédié de l'université ; ce site est ouvert aux inscrits sans limite d'accès. Il peut-être reçu en direct par Zoom.

Séminaires organisés avec le Collège International de Recherche en Histoire de la Médecine et de la Santé

Séminaire complémentaire en Histoire de la médecine : les cours sont accessibles en mode « à distance » (*Zoom*) ; de plus, cet enseignement est ouvert à toutes et tous après acceptation du responsable. Calendrier : de février 2022 à décembre 2022, un mercredi par mois de 16h30 à 18h30.

Séminaire international de recherche : Charcot, sa vie son œuvre : séminaire ouvert pour trois années consécutives à ceux qui, intéressés par ce sujet, peuvent consacrer du temps et de l'énergie à explorer ce thème afin de réaliser, au final, un ouvrage collectif consacré à J. M. Charcot. Une réunion par mois « en présentiel » et/ou « à distance » *Zoom*.

**Pour de plus amples renseignements sur l'ensemble de ces enseignements,
contacter le coordinateur pédagogique :
claude.harel@u-paris.fr**

La création de l'Académie de médecine par Louis XVIII, son premier président, son premier secrétaire perpétuel

*French Académie de médecine founded by Louis XVIII,
its first President, its first perpetual secretary*

par Jacques ROUËSSÉ*

Étrange personnalité que celle de Louis XVIII qui suscite une littérature abondante axée essentiellement sur son aspect politique. Un médecin peut s'y intéresser d'une part parce que ce Roi est un malade atteint de la goutte, mais ce n'est pas le propos de cette présentation, d'autre part parce qu'il s'est impliqué dans la réforme des études de médecine et surtout, c'est le sujet de notre propos, parce qu'il a créé l'Académie de médecine. Nous avons récemment consacré un ouvrage au rôle de ce souverain dans le domaine de la santé publique¹.

Un souverain éclairé, une médecine en pleine réforme

C'est un homme de son époque, conscient des bouleversements de la Société mais attaché à tradition monarchique sans laquelle il n'est rien.

Séance du 20 novembre 2021

* jacques.rouesse@wanadoo.fr

Nourri dans l'ambiance des Lumières, c'est un homme « éclairé », intéressé par la Science et conscient que le Paris qu'il retrouve après 23 ans d'exil est rempli de médecins d'une qualité exceptionnelle. D'autre part, comme l'écrivit fort justement Chateaubriand « les deux traits dominants de son caractère étaient la modération et la noblesse »². Obèse et goutteux, il mourra d'une artériopathie de type diabétique, avec une atteinte des membres inférieurs et vasculaire cérébrale. Il sera soigné longtemps par un personnage haut en couleur, le père Élisée alias Marie-Vincent Talochon (1753-1817) qui sera son Premier chirurgien. C'est le seul médecin cité dans les mémoires de la Comtesse de Boigne, tout au moins en ce qui concerne le règne de Louis XVIII³. « C'était – écrit-elle – une singulière anomalie dans cette Cour dévote et sévère que la présence de ce père Élisée ». Elle lui reconnaît des talents de chirurgien, mais le considère comme un débauché. Moine paillard, il présente ses maîtresses comme « mère Élisée ». Elle le classe dans la catégorie de ces personnages auxquels : « On passe tout parce qu'ils ne sont honteux de rien ». Lors de la Restauration, son influence est considérable. À son retour en France, il loge au pavillon de Flore aux Tuileries. Selon Chevassu⁴, Dupuytren lui devrait sa nomination à l'Hôtel Dieu 1815, à l'âge de 38 ans. Il aurait poussé, auprès de Louis XVIII, au rétablissement de l'Académie de chirurgie pour en devenir le président comme Premier chirurgien du Roi. On peut cependant lui reconnaître qu'il avait raison lorsqu'il protestait contre la mauvaise formation des officiers de santé⁵. Il était partisan de la séparation des formations de chirurgien et de médecine.

Le 9 août 1793, la Révolution avait détruit toutes les sociétés savantes dont l'Académie royale de chirurgie et la Société royale de médecine. En 1795, avec la création de l'Institut de France et ses cinq Académies, il n'avait pas été prévu de les remplacer. Sous la Restauration, le gouvernement se soucie de la création d'une structure complémentaire aux trois facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg ; structure qui pourrait lui donner des avis en matière de Santé publique tant en ce qui concerne les épidémies, les campagnes de vaccination, les autorisations de médicaments, la formation des soignants et le contrôle de leur exercice⁶, sans compter la chasse aux charlatans. Cette idée est soutenue par Elie Decazes (1780-1860), ministre de l'Intérieur donc responsable des problèmes sanitaires et Antoine Athanase Royer-Collard (1768-1825) aliéniste, frère de l'homme politique Pierre-Paul Royer-Collard (1763-1845). Outre ces intérêts « techniques », la création d'une académie avait celui, politique, de faire pièce à la Faculté plus ou moins favorable au Régime et plutôt hostile à la création de cette nouvelle institution. Cette académie est qualifiée de royale, le Roi et son

gouvernement tenant à marquer que la Santé est un domaine régalien. Cuvier (1769-1832) justifie ainsi la création d'une Académie de médecine alors qu'il existe déjà une Académie des sciences où siègent des médecins. Si – dit-il – « les titres d'admission [à l'Académie des sciences] de ces hommes célèbres [les médecins membres de cette académie] se tiraient de leurs découvertes dans les sciences qui servent d'auxiliaires à la médecine, plutôt que des services qu'ils avaient rendus à la société dans l'exercice de cet art bienfaisant [...] ce qu'un grand médecin laisse par écrit, n'est souvent que la moindre partie des services qu'il a rendus aux hommes. [...]. Heureusement une compagnie nouvellement créée par la munificence royale, et composée des maîtres dans l'art de guérir, dont l'éloquence égale le savoir, et qui ne laissera rien échapper des services de ses confrères ; ils seront dorénavant jugés par leurs pairs, et en présence de leurs pairs ; leur marche sera consignée dans l'histoire des Sciences de manière durable »⁷.

L'ordonnance de 1820

L'Académie royale de médecine fut créée par l'ordonnance royale du 20 décembre 1820, complétée par celle du 27 décembre de la même année. Le remarquable discours d'inauguration de la nouvelle Académie royale de médecine qui fut prononcé près de 4 ans plus tard, le 6 mai 1824, par Étienne Pariset (1770-1847) synthétise toutes ses missions : « il a fallu qu'après trente années d'anéantissement, un Roi de France vint retirer de ses ruines le double édifice élevé par les royales mains d'un frère et d'un aïeul (Louis XV créa l'Académie royale de chirurgie, Louis XVI, la Société royale de médecine) ». La prévention est au centre des préoccupations. « L'essentiel [est] de chercher à prévenir des maux qu'il n'est pas toujours possible de guérir. Ce n'est donc point assez de noter les inconvénients d'une industrie, d'une substance, d'une vapeur, d'un mouvement, d'un repos, d'un séjour, d'une trop grande accumulation d'hommes ; il s'agirait de trouver les moyens de réduire ou de supprimer cette accumulation, d'améliorer ce séjour, de détourner cette vapeur, de rompre ce repos, de changer ce mode de mouvement, d'attitude, de compression ; il s'agirait enfin de pénétrer dans les procédés intérieurs d'une industrie, et de saisir, dans la série qui les compose, celui où le danger commence : car passez-moi l'expression, c'est là que se trouve le siège primitif de la maladie ; c'est l'industrie elle-même qu'il faut traiter ; c'est le procédé vicieux, qu'il faut rectifier et faire disparaître ». L'ordonnance de 1820, texte fondateur qui « établit à Paris pour tout le royaume », une Académie royale de médecine, précise en son article 2 la composition et l'organisation de la compagnie et en définit les missions qui

sont toujours d'actualité. Elle est chargée de « répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différents cas de médecine légale, la propagation de la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux et des remèdes secrets, tant internes qu'externes, les eaux minérales naturelles ou factices, etc. ».

L'Académie royale de médecine

L'Académie est divisée en trois sections, une de médecine, une de chirurgie, et une de pharmacie. Nous indiquons ici le nombre de titulaires prévus par le texte fondateur et entre parenthèse le nombre de titulaires nommés par le Roi. Dans la section de médecine : 45 titulaires (22) et 30 honoraires (14) ; dans la section de chirurgie, 25 titulaires honoraires (14) et 20 honoraires (5), dans la section de pharmacie 15 titulaires (9) et 10 honoraires (9) : cinq titulaires de la section de médecine sont nécessairement choisis parmi les médecins vétérinaires. Un chirurgien-dentiste est présent dans la section de médecine. Il y a trois classes d'associés : les associés libres au nombre de 30, les associés ordinaires au nombre de 80 dont 20 seulement résidant à Paris, les associés étrangers au nombre de 30. Il y a 10 associés libres : parmi ces derniers, quatre pairs de France : le duc de La Rochefoucauld-Liancourt (1747-1827), le chimiste Claude-Louis Bertholet (1748-1822), le chimiste et médecin Jean-Antoine Chaptal (1756-1832), Bernard Germain Etienne Comte de Lacépède (1756-1828 naturaliste et musicien) six membres de l'Académie des Sciences dont trois sont célèbres, l'anatomiste et paléontologue Georges Cuvier (1769-1832), le chimiste Gay-Lussac (1769-1832) et le naturaliste Geoffroy Saint Hilaire (1772-1844). Les autres sont un peu moins connus : le naturaliste René Desfontaines (1750-1833), le mathématicien et physicien de la thermodynamique Joseph Fourier (1768-1830), le géologue et botaniste Louis François Élisabeth Ramond de Carbonnières (1755-1827) et le chimiste Louis-Jacques Thénard (1777-1857). « Il y a, en outre, des adjoints résidents et des adjoints correspondants ; le nombre des adjoints résidents peut égaliser celui des titulaires de la section à laquelle ils sont attachés ; le nombre des adjoints correspondants est indéterminé. » Parmi les 32 associés non-résidents on note les noms de Paul-Victor de Sèze (1754-1830) de Bordeaux, frère du défenseur de Louis XVI, de François-Emmanuel Fodéré (1764-1838), de Strasbourg hygiéniste et créateur de la médecine légale, René-Théophile Laennec (1781-1826) alors en repos à Quimper (mentionné comme étant le neveu de Guillaume Laennec directeur de l'École de médecine de

Nantes) et le chimiste Joseph-Louis Proust d'Angers, de l'Académie des sciences (1754-1826). Ultérieurement, chacune des trois sections élira ses membres titulaires, ses membres honoraires et ses adjoints. Les associés sont élus par l'Académie entière. L'élection des honoraires, des titulaires et des associés n'est définitive qu'après avoir été approuvée par le Roi. L'élection des adjoints doit être confirmée par l'Académie entière. Le président et le secrétaire feront aussi l'objet d'une élection par les académiciens, élections elles aussi ratifiées par le Roi. Il est précisé : « Le premier médecin du Roi est de droit président d'honneur perpétuel de l'Académie ».

Des membres prestigieux

L'Académie royale de médecine va rassembler une pléiade de remarquables praticiens qui sont des personnages internationalement connus de l'histoire de la médecine. Pour la nomination des premiers membres, comme en beaucoup d'autres occasions, Louis XVIII fait ici preuve de sa largeur d'esprit et de son réalisme. Son choix repose uniquement sur les compétences des membres sans tenir compte de leurs opinions politiques. On y trouve des royalistes convaincus comme Dupuytren ou Laennec, des fidèles de Napoléon, comme Desgenettes, Corvisart ou Larrey, des républicains comme Broussais, Pinel. Ils sont souvent d'origine modeste comme Corvisart, Larrey, Pariset, Vauquelin⁸. Ils ont en commun d'avoir un parcours sensiblement identique. Leurs études secondaires se déroulent chez les révérends pères (jésuites, oratoriens...). Ils ont fait, le plus souvent, leurs études de médecine sous l'Ancien Régime, ont traversé sans trop de dommages la tourmente révolutionnaire. Beaucoup de ces praticiens serviront dans les armées de la Révolution et de l'Empire. Ils se connaissent tous et ont été plus ou moins impliqués dans la réforme de l'enseignement médico-chirurgical. À l'Académie ils se réunissent en commissions dont cinq sont permanentes : épidémies, remèdes secrets et nouveaux, eaux minérales, vaccine et un comité de publication. Nous l'avons vu l'Académie de médecine rassemblait des personnalités provenant d'autres domaines que médicaux. Nous ne présenterons ici que le portrait du fondateur, premier président puis président « perpétuel », le baron Portal, et le secrétaire, qui n'a pas à l'époque le titre de « perpétuel », Étienne Pariset.

Le baron Antoine Portal (1742-1832)

« L'existence de Portal fut heureuse, brillante, complète » écrit Pariset⁹ qui le nomme dans son discours prononcé lors de ses obsèques en 1832, le « Nestor de la médecine française »⁹⁻¹².



*Le baron Antoine Portal (1742-1832),
(© Acad. Nat. Méd.).*

Né à Gaillac le 5 janvier 1742, Portal meurt le 23 juillet 1832, comblé d'honneurs, premier médecin de Louis XVIII et de Charles X, commandeur de la Légion d'Honneur, chevalier de l'Ordre de Saint-Michel. Il fut « un grand médecin et le médecin des Grands »¹⁰. Le tableau qu'en fait le Dr Véron¹¹ résume bien le côté politique de cet habile homme qui traverse sans problème majeur, une époque particulièrement troublée. « Portal connaissait son monde : jeune encore, il avait composé une tournure et une physionomie de vieillard : perruque, canne à pomme d'or et habit à grandes basques : en hiver la douillette en marceline ; il portait ce costume avant la Révolution, sous le Consulat, sous l'Empire et sous la Restauration. Louis XVIII et les émigrés le retrouvent tel qu'ils l'avaient quitté avant la Révolution. Il n'avait qu'un filet de voix et cette voix si faible s'éteignait quand on le pressait de questions embarrassantes ». On ne s'étonne pas qu'il aimait se faire appeler « le vieux Portal ».¹² Les « Mémoires » de Louis XVIII prêtent à celui-ci ce portrait « mon vieil ami et médecin Portal, lequel me sert avec tant de zèle, et dont les vastes connaissances ne sont pas altérées par son grand âge, car je crois qu'il est quelque peu contemporain du déluge, bien qu'il s'en défende en disant qu'il est né d'hier »¹³.

Fils de pharmacien, aîné de 12 enfants, il fait ses études de médecine à Montpellier. Docteur à 19 ans, il est membre de l'Académie de cette ville à 20 ans mais s'intéresse aussi à la chirurgie soutenant sa thèse sur les luxations¹⁴. Mais c'est à Paris que se déroulera toute sa carrière. Il y est recommandé à Jean Sénac (1693-1770) premier médecin du Roi et à Joseph Lieutaud (1703-1780), médecin de l'Infirmierie royale de Versailles. Il y arrive en 1766 et publie à l'Académie royale de chirurgie un mémoire sur les ankyloses et un autre sur « le racornissement de la vessie chez les vieillards ». En 1767, il pratique « l'ouverture » de la Dauphine Marie-Josèphe de Saxe. Louis XV le nomme professeur d'anatomie du Dauphin, le futur Louis XVI. Surtout, il est le médecin du Comte de Provence auquel il restera attaché pendant 22 ans. En 1774, il est appelé à participer à l'inoculation variolique du Roi et de ses frères. Louis XVI le fait Chevalier en 1785. Il est membre de l'Académie des Sciences en 1774 où il retrouve, Condorcet, Laplace, Lavoisier, et ses deux amis –et patients- d'Alembert et Buffon. Membre de la Société royale de médecine, en 1776, il obtient la Chaire d'adjoint d'Antoine Petit, professeur d'Anatomie au Jardin du Roi (il en devient titulaire en 1801) et succède au célèbre anatomiste Antoine Ferrein (1693-1769) à celle du Collège de France. En 1793, alors que le 9 août toutes les Académies sont supprimées, il est réquisitionné par le Comité de Salut Public en particulier par Couthon qu'il a soigné, pour continuer à donner

« ses soins à l'humanité souffrante ». Pendant la Révolution, comme Seyès, « il a vécu ». En 1815, il est nommé premier médecin de Louis XVIII et deviendra celui de Charles X. Indiscutablement, c'est à lui que l'on doit la création de l'Académie royale de médecine, en 1820 ce qu'avait essayé en vain Guillotin (1738-1814) en 1804¹⁵.

Son œuvre scientifique est considérable. C'est avant tout un anatomiste. « L'anatomie est la géographie du médecin. » déclare-t-il. Une anecdote résume bien son intérêt pour cette matière : à court de cadavres, aidé de quelques-uns de ses élèves il déterre le corps d'un épicier, et l'emporte chez lui. Incriminé pour profanation, il est relâché grâce à l'intervention de ses protecteurs qui démontrent au lieutenant de police la nécessité d'étudier l'anatomie pour les médecins et les chirurgiens¹⁶. Anatomiste précis, il devient un de ces médecins « tâteurs » dont le seul but est d'établir un diagnostic. En 1767, il publie une *Historia anatomico-medica* de Lieutaud avec 4 000 observations regroupées en 728 articles. Il est donc un des pionniers français de la méthode anatomoclinique. Voltaire résume ainsi son activité « C'est donc là ce médecin qui sait si bien découvrir les secrets de la vie, en fouillant le sein de la mort »¹⁷. Parmi ses publications scientifiques, citons les quatre qui sont gravés sur son buste qui orne les salles des bustes de l'Académie nationale de médecine, face à celui de Louis XVIII : *Histoire de l'Anatomie et de la Chirurgie, Traité de la structure du cœur, Mémoire sur les maladies du foie que l'on attribue à d'autres organes, Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire* qu'il considère comme une maladie héréditaire et non contagieuse¹⁸. Il écrit un important ouvrage intitulé : *Observations sur la nature et le traitement de la rage*. Il met en garde contre les abus de la saignée, préconise la trachéotomie dans le croup (une complication de la diphthérie). Il souligne le rôle de l'hérédité dans certaines affections.

On lui attribue plusieurs anecdotes assez piquantes. L'une est rapportée par Pariset dans son portrait de Portal, reprise par Jules Janin (1804-1874) sous le titre *Le Cardinal, le Ministre d'État et le Médecin du Roi*.¹⁹, et enfin par Sainte-Beuve dans les *Causeries du lundi*²⁰. Trois jeunes gens en route vers Paris en provenance du Midi se rencontrent par hasard dans une auberge d'un village tout près de la capitale et sympathisent. En se quittant, le premier, le plus grand des trois prit la parole : « Moi, je m'appelle Portal, je n'ai rien, j'arrive à Paris, pour être membre de l'Académie des sciences et Premier médecin du Roi ; moi, dit l'autre, je n'ai rien, j'arrive à Paris pour être avocat général ; enfin dit le troisième, j'arrive à Paris pour être membre de l'Académie française et cardinal ». Il s'agissait de Portal, de

Treillard (1742-1810), futur président de l'Assemblée constituante et de l'abbé Maury (1746-1817), futur cardinal archevêque de Paris. D'autres sont moins flatteuses et lui valurent une réputation de « charlatan ». Le docteur Saucerotte, auteur d'une de ses biographies écrit : « S'il eut le tort comme l'avoue son ingénieux panégyriste de vouloir prêter des ailes à sa fortune, du moins son dévouement à la science ne se démentit jamais »²¹. Il eut une clientèle considérable tant par la qualité que par la quantité. Il payait des voitures pour qu'elles fassent la queue à sa porte²². On raconte aussi qu'il eut l'idée d'envoyer vers deux ou trois heures du matin, son domestique avec une voiture dans un quartier élégant. Le domestique frappait à la porte de plusieurs hôtels et demandait au portier de prévenir M. Portal qu'une voiture l'attendait pour l'amener chez le prince un tel qui se meurt. Le portier évidemment disait au domestique qu'il s'était trompé d'adresse²³. Ainsi se faisait-il une grande réputation. Sa clientèle fut effectivement huppée : haut clergé, haute aristocratie, maréchaux... La duchesse d'Abrantès écrit à son sujet qu'il était le médecin de tout ce qui était à la mode avant la Révolution et qu'il était un des seuls « breveté pour envoyer les gens dans l'autre monde ou les retenir dans celui-ci »²⁴.

Étienne Pariset (1770-1847)

Aliéniste, psychiatre dirions-nous aujourd'hui, épidémiologiste, personnage extraordinaire ignoré du grand public, c'est pourtant lui qui fonda une des institutions les plus connues et les plus appréciées des Français : la SPA, la Société Protectrice des Animaux en 1842^{25,26}.

C'est en 1824 que pour la première fois apparaît dans l'Almanach royal le nom d'un secrétaire de l'Académie royale de médecine. Cette fonction qui existait pourtant depuis le 3 décembre 1822 sera occupée par Pariset jusqu'à sa mort en 1847. La carrière de ce « médecin des aliénés et des épidémies » est un bel exemple de l'ascenseur social. « Poète, philosophe, historien, orateur, naturaliste, médecin, M. Pariset a déployé dans le cours de sa longue carrière les talents les plus rares et les plus éminents ; il a donné, au milieu des grandes calamités publiques, de mémorables exemples de courage et dévouement »²⁷. Ainsi commence son éloge funèbre prononcé par Fr. Dubois d'Amiens (1797-1873), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, le 14 décembre 1847.

Étienne Pariset naît à Grand, un petit village des Vosges dans une famille pauvre, son père était cloutier et sa mère faisait du porte-à-porte pour livrer les commandes. Survient *la guerre des farines* responsable d'une famine qui amène les parents d'Étienne à se séparer de lui en l'envoyant, à six ans,



Étienne Pariset (1770-1847),
(© Acad. Nat. Méd.).

chez son oncle François Pariset perruquier à Nantes. L'enfant y part à bord d'un chariot à bœufs avec un méchant roulier qui l'oblige à faire tout le voyage caché dans un panier d'osier fixé sous la charrette dont il fut projeté lors d'un accident dont il mit trois ans à se remettre. Sans enfant, l'oncle prend son neveu en charge pour en faire son successeur. Il le place dans une école privée où il apprend à lire, à écrire, à compter. Mais la découverte de la littérature le détourne de l'envie de devenir perruquier ce que comprend son oncle qui l'envoie chez les Oratoriens où il perfectionne son grec et son latin. Il y a, entre autres professeurs, deux personnages qui

devinrent illustres le futur archiviste Pierre Daunou (1761-1840) et Joseph Fouché (1759-1820). En 1792, il est envoyé à l'Armée du Nord en qualité de lieutenant. Démobilisé l'année suivante il revient à Nantes où il avait commencé ses études de médecine. À l'hôpital, il est alors confronté à une épidémie de typhus exanthématique et de typhoïde sévissant dans les prisons surchargées de prêtres réfractaires et de suspects où les avait envoyés le sinistre Carrier, l'homme des noyades. Son attitude vis-à-vis des Vendéens est discutée. Certains biographes laissent penser qu'il aurait pris leur partie mais ceci n'est pas prouvé. Lors de la création, des Écoles de santé de Paris, Montpellier et Strasbourg, chaque département devait diriger sur l'une d'elle un étudiant « Élève de la Patrie ». Le département de Loire Inférieure, chef-lieu Nantes, envoya Pariset avec une pension d'État qui était, en fait, illusoire.

Grâce à son ami Honoré Jean Riouffe (1764-1813), futur Préfet sous l'Empire (dont il épousera la belle-mère, Elisabeth Yvon), il devient précepteur dans une grande famille et s'adonne à la littérature et écrit même un *Electre* imitation de l'œuvre de Sophocle. Puis il reprend ses études de médecine et il est reçu docteur à 35 ans. C'est à cette époque qu'il traduit

les Aphorisme d'Hippocrate. C'est encore Riouffe qui l'introduit dans le salon de Mme Helvetius. Il y retrouve Daunou, son ancien professeur, et rencontre de nombreuses personnalités dont, Cabanis, Alibert, Pinel. C'est dans ce monde qu'il fait son entrée dans la vie politique. On y discutait sur les aspects nouveaux de l'étude et du traitement des maladies mentales que Pariset défendra avec enthousiasme. En 1811, il est membre du Conseil d'hygiène publique et de Salubrité et obtient le titre de *Médecin des Épidémies* de l'arrondissement de Sceaux où il défend avec ardeur la vaccination antivariolique.

À partir de 1807 il enseigne l'anatomie, la physiologie, la psychologie et l'hygiène dans diverses institutions telles que le Collège de France ou l'Athénée. Très bon professeur, « ses Leçons, en tout, étaient un agréable spectacle, et Pariset, dans ses chaires de l'Athénée semblait la définition vivante de l'homme disert » nous dit Sainte-Beuve. Grâce à Cabanis, il devient médecin hospitalier et des prisons. En 1819, il est chargé du service des aliénés de Bicêtre, la même année il est nommé membre de la Commission pour l'amélioration du sort des aliénés où il siège en compagnie d'Esquirol, de Pinel et de Royer-Collard. Selon l'éloge de Dubois, on aurait trouvé dans ses manuscrits un « grand ouvrage sur *l'entendement humain et sur les maladies mentales* »²⁸. Pariset est surtout psychiatre, un aliéniste comme on disait à son époque. Non content de se pencher sur le sort des aliénés, il s'intéresse aux épidémies. À ce titre, le ministre de l'Intérieur, Elie Decazes (1780-1860), en charge de la Santé publique, lui demande en 1819 d'aller à Cadix observer la fièvre jaune qui y sévit. En 1821 une nouvelle épidémie de fièvre jaune d'une grande virulence importée des Antilles sévit à Barcelone d'où son nom de *peste de Barcelone*. On admet qu'elle fit environ 20 000 morts sur une population de 120 000 habitants. Son retentissement en France est très important tant au point de vue médical que politique et littéraire. Cette fois encore, Pariset est envoyé en mission pour l'observer. Son rapport écrit que la maladie s'était propagée par contagion, repoussant la théorie de l'infection locale et celle de la génération spontanée. Cette prise de position le rapproche de Laennec avec lequel il était en froid. C'est au cours de cette mission que son fidèle et jeune collaborateur, le Dr André Mazet (1793-1821), meurt de la fièvre jaune. Contrairement à son maître, il laissera son nom à une rue de Paris. En 1828, il sera envoyé en Egypte pour étudier un foyer de peste en compagnie de Champollion. Selon certains biographes, au cours de cette mission il aurait secouru le fils de Méhémet Ali victime d'un accident cérébral. En remerciement, Méhémet Ali aurait offert à la France l'obélisque de la place de la Concorde.

Retourné en France, il fut l'objet de vives critiques de la part des anti-contagionnistes et tout en restant secrétaire perpétuel se cantonna essentiellement à prononcer des éloges et des discours sur les disparus de l'Académie, l'activité de l'institution étant gérée par le président et un secrétaire annuel. Ses nombreux éloges académiques sont assez remarquables pour faire l'objet, nous l'avons vu, d'une *causerie du Lundi* de Sainte-Beuve. Enfin, ému par le sort des chevaux de trait de Paris, Pariset suivant l'exemple de celle qui existait à Londres depuis 1824, crée la Société protectrice des animaux, le 2 décembre 1845, il en fut le premier président jusqu'à sa mort en 1847.

Nous avons vu plus haut comment dans son discours lors de l'installation de l'Académie, rue de Poitiers, Pariset développa des points de vue que ne renierait pas notre XXI^e siècle avec en particulier une vision extraordinaire de la médecine du travail et par conséquent une certaine approche écologique qui reste tout à fait d'actualité.

RÉSUMÉ

C'est à Louis XVIII que l'on doit la création de l'Académie de médecine. Homme de son époque, conscient des bouleversements de la Société mais attaché à tradition monarchique sans laquelle il n'est rien. C'est un homme « éclairé », intéressé par la Science et conscient que le Paris qu'il retrouve après 23 ans d'exil est rempli de médecins d'une qualité exceptionnelle. La Révolution avait détruit toutes les sociétés savantes le 9 août 1793 : dont l'Académie royale de chirurgie et la Société royale de médecine. En 1795 avec la création de l'Institut de France et ses cinq Académies il n'avait pas été prévu de les remplacer. Sous la Restauration, le gouvernement se soucie de la création d'une structure complémentaire des trois Facultés de médecine, de Paris, Montpellier et Strasbourg, structure qui pourrait donner des avis au gouvernement concernant la Santé publique tant en ce qui concerne les épidémies, les campagnes de vaccination, les autorisations de médicaments la formation des soignants et le contrôle de leur exercice, sans compter la chasse aux charlatans. Créée par une ordonnance royale du 20 décembre 1820 complétée par une autre datée du 27 décembre de la même année nous traçons ici le portrait de son premier président Antoine Portal, anatomiste, et de son premier secrétaire perpétuel Étienne Pariset, aliéniste, épidémiologiste, écrivain, deux riches personnalités qui firent beaucoup pour la mise en route de l'Académie de médecine.

SUMMARY

We owe the creation of the French Royal Academy of Medicine It is to Louis XVIII. This king, grand son and brother of kings attached to the

monarchical tradition which justifies him, man of his time, aware of the recent upheavals of the society, he is interested by Science. After 23 years in exile, he knows that Paris is full of physician of great quality. In 1793 French Revolution had destroyed all the academic institutions. When Institut of France was created, in 1795, there was no place for medical academic institutions. Restauration's government needs one to guide the Public Health policy. For that the 'Académie Royal de médecine was created on december 20 1820. Here we draw the portraits of its first president Antoine Portal, anatomiste and of its first secretary Etienne Pariset alinist, epidemiologist, writer.

NOTES

- 1) ROUËSSÉ J. – *Louis XVIII et la médecine restaurée, de la chute de l'Empire à l'Académie de médecine*. Editions Fiacre, Montceaux-les-Meaux, 2020.
- 2) Cité par MANSEL P. – *Louis XVIII* (traduit de l'anglais par Denise Meunier). Pygmalion édit., 1981, p. 429.
- 3) BOIGNE Ctesse de – *Mémoires, récits d'une tante*. Mercure de France, 1970, t.1, ch. XI, p. 88.
- 4) CHEVASSU M. – Une lettre de Dupuytren au père Élisée. *Mém. Soc. Fr. Hist. Méd.*, 1945, I, 52-56.
- 5) HILLEMANT P., GILBRIN E., SEGAL A. – Le père Élisée et la réforme des études médicales. *Hist. Sc. Méd.*, 1981, 15, (2),159-166.
- 6) WEISZ G. – Constructing the medical elite in France. The creation of the Royal Academy of medicine, 1814-1820. *Medical History*, 1986, 30, 435-443.
- 7) CUVIER G. (baron) – Éloges historique de MM Hallé, Corvisart et Pinel (lus à la séance publique de l'Académie royale des Sciences, le 11 juin 1827). *Mémoires de l'Académie royale des sciences de l'Institut de France*, 1830, t. IX, cxcvii-cc.
- 8) WEISZ G. – The self made mandarin: the Eloges of the french Academy of Medicine. 1824-47, *Hist. Sc.*, 1988, Mar; 26 (71 pt 1):13-40.
- 9) PARISSET E. – *Histoire des membres de l'Académie royale de médecine ou Recueil des éloges lus dans les séances publiques*, édition complète, précédée de l'Éloge de Pariset par E. F. Dubois (d'Amiens), J.-B. Baillière, H. Baillière, C. Bailly-Baillière, 1850.
- 10) BRÉGEAT P. – Antoine Portal, fondateur de l'Académie de médecine. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1982,166, 1304-1310.
- 11) VÉRON – *Mémoires d'un bourgeois de Paris*, Paris, 1854, t. 1, p. 56.
- 12) VÉRON – *op. cit.*, p. 56.
- 13) *Mémoires de Louis XVIII* recueillis et mis en ordre par M. le Duc de D***Bruxelles. Louis Haumannet Cie, 1833, t. 11, p. 151.
- 14) *Dissertatio medico-chirurgica generales luxationum complectens notions*. Montpellier, 1764, in4°.
- 15) ACKERKNECHT E. H. – *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Payot édit., Paris, p.152.
- 16) BUSQUET P. – *op. cit.*, t.1, p. 267.

- 17) RÉVEILLÉ-PARISE J.-H., cité par Busquet P., *op. cit.*, t.1, p. 278.
- 18) PORTAL A. – *Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire*. Du Pont, Paris, 1792.
- 19) JANIN J. – *Le Cardinal, le Ministre d'État et le Médecin du Roi*. Cité par Busquet P., *op. cit.*, t.1, p. 264.
- 20) SAINTE-BEUVE C. A. – *Causeries du lundi, L'abbé Maury*. Garnier frères édit., Paris, 1853, t.4, p. 200.
- 21) RÉVEILLÉ-PARISE J.-H. - Étude sur Portal. *La gazette médicale*, 1832 ; Archives biographiques de France, et HOEFER J.C.F. – *Nouvelle biographie générale* 1852, t. 40, col. 846-850.
- 22) BUSQUET P. – *op. cit.*, t.1, p. 258.
- 23) P.J. Cabaret, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* du 1^{er} mai 1870, cité par Busquet P. *op. cit.*, p. 279.
- 24) BRÉGEAT P. – *op. cit.*, p.1312.
- 25) LAXENAIRE M. – Étienne Pariset (1770-1847), médecin des aliénés et des épidémies. *Annales médicopsychologiques*, 2007, 302-304.
- 26) SALZBERGER S. – Biographie d'Étienne Pariset Médecin des aliénés et des épidémies au XIX^e siècle. Thèse de Médecine Nancy, 18 mai 2006.
- 27) DUBOIS E.F. – *Histoire des membres de l'Académie royale de médecine ou Recueil des éloges lus dans les séances publiques*, (édition complète, précédée de l'Éloge de Pariset). J.-B. Baillière, H. Baillière, C. Bailly-Baillière, 1850, t.1, p. IX.
- 28) DUBOIS E.F. – *op. cit.*, p. XXIV.

L'histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle

History of the manuel self-propelled wheelchair

par Benoît VESSELLE*

Si l'invention de la roue est très ancienne, au 4^e millénaire avant Jésus-Christ, ainsi que celle de la chaise, comme on a pu en retrouver dans les tombeaux égyptiens, on n'a pas de représentation de malades, de blessés ou d'infirmes avec ces deux éléments combinés. Certains proposent celle d'un personnage, en Chine, sur un véhicule à roues, qui daterait de 525 après Jésus-Christ... Nous n'évoquons ici que les temps modernes et l'époque contemporaine.

Des déplacements autonomes ou grâce à des aides

De façon autonome, quand c'est possible, les mutilés se meuvent à pied, avec des cannes, ou par la seule force des bras comme l'ont peint beaucoup plus tard Jérôme Bosch puis Bruegel l'Ancien au XVI^e siècle. Des culs-de-jatte utilisent des poignées de bois, des petits chevalets, qui les aident à s'élever quelque peu au-dessus du sol. Une illustration est donnée par le graveur nancéen Jacques Callot en 1633, avec l'eau-forte « l'hôpital » de

Séance du 18 novembre 2021

* benoit.vesselle@gmail.com

la série sur les grandes misères de la guerre. Pendant plusieurs siècles, des bi-amputés, assis sur un petit chariot à quatre roues pleines, vont se déplacer grâce à leurs membres supérieurs.

Des peintures ou des gravures montrent des personnes ayant recours à des aides, tel que cela est représenté par Lucas Cranach l'Ancien en 1546 sur « la fontaine de jouvence » avec transport à dos d'homme, en voiture à cheval, en brouette, en voiture à roulettes ou en brancard.

Des chaises ou fauteuils roulants tirés ou poussés

Le premier fauteuil roulant célèbre est celui fabriqué par Jean Lhermitte, valet de chambre de Philippe II d'Espagne, à la fin du XVI^e siècle. Ce souverain, miné par la goutte, ne pouvait plus se déplacer, et le fauteuil, certes mû par un tiers, avait quatre roulettes, un dossier inclinable et un repose pieds, avec une possibilité de convertir en véritable chaise longue. Si d'autres fauteuils sont passés à la postérité, comme les « roulettes » de Versailles de la fin du XVII^e siècle, cette sorte de fauteuil était toujours, et pour cause, poussé par un tiers.

De tout temps, le fauteuil ou la chaise à roulettes peut être à l'origine d'accident s'ils ne sont pas immobilisés lors des transferts comme cela est rapporté par le *Mercur de France* le 5 décembre 1778.

Des fauteuils roulants à propulsion manuelle, autonomes

On considère volontiers que le premier fauteuil roulant à déplacement indépendant est celui de Stephen Farfler, horloger paraplégique, qui a construit, au milieu du XVII^e siècle, un robuste fauteuil en bois sur un châssis à trois roues. Il inventa l'ancêtre du vélocimane, avec grandes roues à l'arrière et manivelle agissant sur la roue avant dentée. Cependant, déjà dans la deuxième moitié du XV^e siècle, un artiste, architecte militaire, Francesco di Giorgio Martini, travaillait sur différents systèmes mécaniques. On retrouve dans son carnet d'ingénieur la conception d'un engin automobile mû par la force des bras par l'intermédiaire d'un ensemble d'engrenages.

Un fauteuil roulant trouvé récemment (Fig. 1) correspond schématiquement au principe de fonctionnement de la chaise du cabinet de curiosité de Monsieur Grollier de Servière, décrite en 1719. Ce type de chaise ou de fauteuil, même s'il est dépeint comme un moyen de se « promener » dans un appartement de plain-pied ou dans un jardin sans le recours de personne, est plutôt un fauteuil d'intérieur. C'est un mode de déplacement pour « infirme, invalide, estropié ou malade fortunés ».



Fig. 1 - *Fauteuil roulant à manivelles.*

On connaît l'existence d'autres fauteuils roulants avec le système de manivelles à rotation horizontale datant du début du XVIII^e siècle, l'un au musée des Arts décoratifs à Paris et l'autre, datant de la fin du XVIII^e siècle, au musée Carnavalet à Paris : c'est le célèbre fauteuil roulant en bois du conventionnel Couthon. Ces fauteuils ont trois roues comme notre exemplaire. Il existe également le fauteuil roulant richement décoré de Louis-Joseph, fils de Louis XVI, au château du Champ de Bataille en Normandie (ses manivelles ont un mouvement rotatoire vertical). Un bel exemplaire

datant du second Empire est exposé au musée de l'hôtel-Dieu de Hautefort.

La deuxième partie du XIX^e siècle a vu une amélioration rapide de ce type d'aide technique majeure pour l'infirmes. Cela a été induit par le nombre important de blessés dû aux conflits, la guerre civile américaine et, au début du XX^e siècle, la première guerre mondiale.

L'expansion industrielle et l'apparition de nouvelles technologies ont été primordiales pour permettre d'alléger le fauteuil roulant manuel et faciliter une utilisation plus aisée à l'extérieur d'une habitation. L'influence de la bicyclette avec de grandes roues pneumatiques à rayons métalliques a été considérable. L'utilisation de l'osier sur une structure métallique et la généralisation des grandes roues à l'avant ont permis une excellente mobilité et ainsi de tourner dans un espace réduit sur des surfaces planes. À partir des années 1880, on note la création d'un second rebord avec une plus petite circonférence à chaque roue : c'est la main courante qui permet de garder les mains propres (Fig. 2).

La première guerre mondiale va générer de nombreuses demandes d'utilisation pour différents invalides de guerre. Des blessés utiliseront, pour se déplacer, des tricycles à propulsion manuelle (volant levier ou manivelle).



Fig. 2 - *Fauteuil en bois et acier, assise cannée, grandes roues avant avec bandages et mains courantes (Hôpital Notre-Dame à la Rose, Lessines, Belgique).*

Le génie inventif de certains, souvent handicapés, a accéléré les améliorations. C'est notamment le cas d'Herbert Everest, paraplégique depuis 1918 suite à un accident minier, et de Harry Jennings, ingénieur mécanicien, à l'origine de la création, dans les années 1930, du premier fauteuil roulant pliable, moins lourd, en métal. Le pliage permettait de charger le fauteuil dans une automobile et la locomotion facilitait l'indépendance du malade, avec une propulsion à l'aide des grandes roues arrière. À ce propos, pourquoi avons-nous vu progressivement disparaître les fauteuils roulants avec les grandes roues à l'avant par rapport à ceux comportant des grandes roues à l'arrière ? Les grandes roues à l'avant facilitent l'accès aux mains courantes, et cela génère moins de contraintes pour les épaules. Mais, si ce fauteuil est très maniable avec un faible espace de giration, il présente des inconvénients à l'intérieur d'un domicile : difficultés notamment pour les transferts latéraux et pour se rapprocher d'une table, et à l'extérieur du domicile : maintien en ligne droite peu aisé et, lors du passage d'obstacles,

impossibilité de faire du deux roues. Il présente également des difficultés pour le démontage des repose-pieds et lors de la propulsion par un tiers.

À partir de la seconde guerre mondiale, en Angleterre, sous l'impulsion de Ludwig Guttmann, le sport a été utilisé pour la réadaptation des blessés médullaires. En effet, à partir de 1944, au « Stoke Mandeville Hospital », Guttmann inclut l'activité physique aux programmes de rééducation des blessés médullaires. En 1948 seront organisées les premières rencontres sportives pour personnes handicapées.

Si les blessures de guerre ont provoqué des besoins nouveaux pour améliorer l'indépendance des personnes handicapées, ceux-ci ont également été accentués en raison des épidémies de poliomyélite antérieure aiguë, notamment aux États-Unis. Le sport de compétition a été un élément moteur de recherche de performances avec des fauteuils allégés, maniables et résistants. Des adaptations spécifiques ont été réalisées : baisse de la résistance aux roulements, diminution des frictions, déplacement des centres de gravité, etc... La soudure, puis l'apparition de matériaux comme le titane et des matériaux composites à base de fibres polyamides notamment, ont permis de réduire le poids des fauteuils qui pesaient plus de 25 kg au XIX^e siècle. On a pu obtenir, dans les années 1970, environ 18 kilos, et moins de 10 kilos à partir des années 1990 (Fig. 3). À la fin du XX^e siècle, le fauteuil roulant n'est plus un objet standard auquel l'utilisateur doit s'adapter tant bien que mal, mais une véritable aide technique confortable, efficace et esthétique. On tient compte de la pathologie, des caractéristiques physiques



Fig. 3 - Fauteuil d'athlétisme de 7,8 kg, (circa 1990).

de l'individu, du caractère permanent ou occasionnel de l'utilisation, du mode de vie, de l'âge et de la personnalité. On l'adapte à la nature et à l'évolutivité des déficiences, selon les capacités fonctionnelles de la personne. On prend en considération l'environnement immédiat et le rôle éventuel des tiers.

Pour le choix du fauteuil roulant, de nombreux critères et facteurs sont analysés et on a parfois à définir des priorités. Chaque élément constitutif du fauteuil doit être déterminé. Cela influera notamment la propulsion, la maniabilité et le confort. Différents fauteuils ont été créés pour des tâches particulières comme par exemple le fauteuil verticalisateur. Selon les différentes incapacités, il existe d'autres variantes : pour les hémiplésiques, utilisation de leviers ou d'une double main courante unilatérale etc... L'attribution doit être réfléchie. En effet, diverses pathologies peuvent être induites par le fauteuil roulant : douleurs d'épaules par pathologie de la coiffe des rotateurs, lombalgies, attitudes vicieuses etc...

De la propulsion manuelle à l'assistance électrique

L'assistance électrique des fauteuils roulants est maintenant en grand développement. Elle correspond à une nouvelle phase de progrès au service des personnes en situation de handicap. C'est une amélioration indéniable pour l'autonomie aux déplacements à l'extérieur. Mais cela est une autre histoire au XXI^e siècle...

RÉSUMÉ

L'auteur relate l'histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle dont le développement prend son essor à partir du XVII^e siècle. L'utilisation de nouveaux matériaux, l'apparition de nouvelles technologies au cours des siècles, couplées au génie inventif de certains et à l'accroissement des besoins dus aux conséquences des guerres et d'épidémies, ont abouti à la création de cette aide technique performante au service des personnes en situation de handicap.

SUMMARY

The author recounts the history of the manual self-propelled wheelchair whose development started as early as the 17th century. The use of new materials, the emergence of new technologies throughout the centuries, coupled with the inventive genius of some and the increased needs due to the consequences of wars and epidemics have led to the creation of this high-performance technical assistance for people with disabilities.

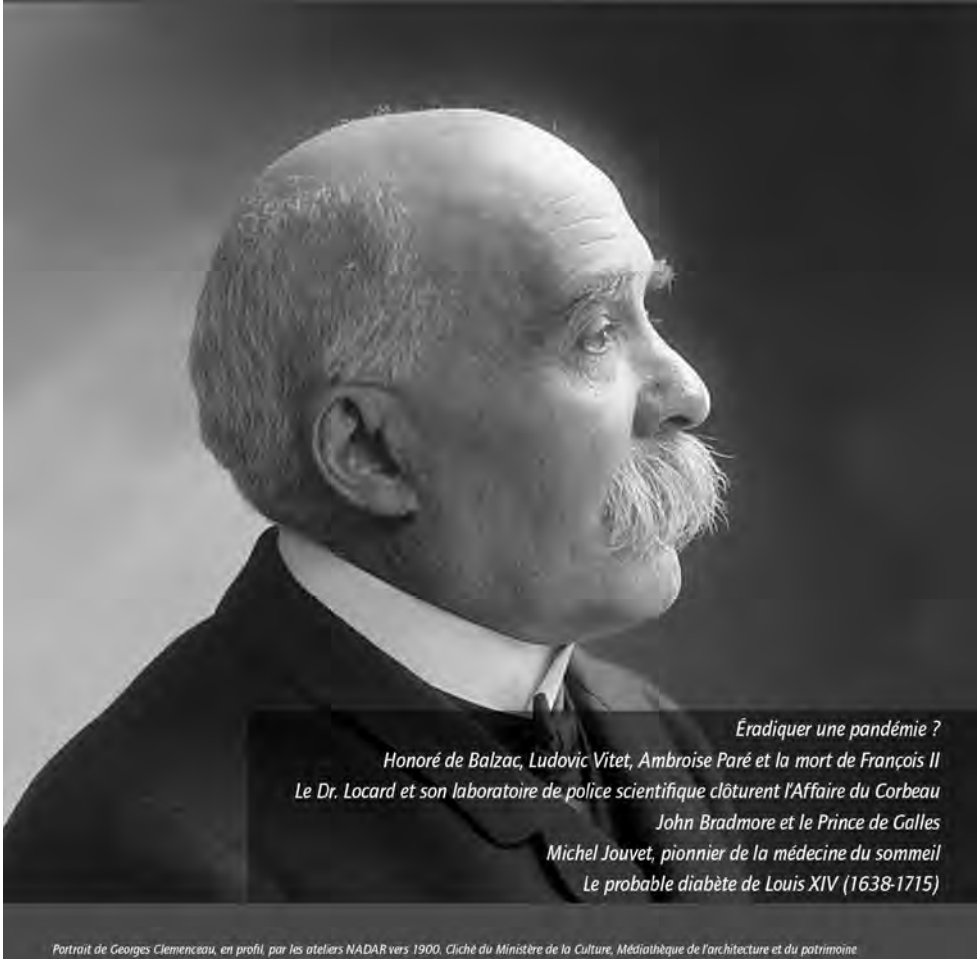
BIBLIOGRAPHIE

- DOLHEM R. – « Le fauteuil roulant de Philippe II d'Espagne ». *J. Réadapt. Méd.*, 1997, 17, 2, 66-71.
- GIORGIO MARTINI F. – (https://fr.wikipedia.org/wiki/Francesco_di_Giorgio_Martini).
- GAUJOT G. – *Arsenal de la chirurgie contemporaine*. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1867, t.1, 9, 485-489.
- Les véhicules pour handicapés physiques*. Document du Centre d'Études et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (C.E.R.A.H.), 1986.
- Machines et inventions approuvées par l'académie royale des sciences*. tome second : *Fauteuil mobile sur roulettes inventé par M. BEZU*. n°133, 1710, 173-175, (<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k34723/f252.image.r=fauteuil%20mobile%20sur%20roulettes1710%201710>).
- GROLLIER de SERVIÈRE N. - In *Description du cabinet de curiosité*. p. 96 : *chaise ou fauteuil très commode pour les boiteux, ou pour ceux qui ont la goutte aux jambes ; et par le moyen duquel on peut se promener dans un appartement de plain-pied, ou dans un jardin, sans le secours de personne*, (<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65250757/f294.image>).
- PIERRET B. – Le fauteuil roulant chez le blessé médullaire, facteur déterminant de l'insertion sociale. Etats des lieux et effets de la locomotion en dévers sur les astreintes physiologiques. Thèse Sciences de la Vie et de la Santé, I.N.R.S., Vandœuvre-lès-Nancy, 2012.
- Pièces fugitives en vers et en prose*. Mercure de France, 5 décembre 1778, 112-113, (<https://books.google.fr/books?id=cf05aUUKF6QC>).
- ROCQUES C.-C. – Histoire du fauteuil roulant. In : *Problèmes en médecine de rééducation*. n° 32, Le fauteuil roulant, (PELISSIER J., JACQUOT J.-M, BERNARD P.L., éd.), Masson, Paris, 1997.
- VESSELLE B. – « La petite histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle ». *Asklépios*, 2019, 3, 5-8.
- WATSON N., WOODS B. – A social and technological history of the wheelchair. In : *Le fauteuil roulant manuel. Choix et réglages : une approche pluridisciplinaire*. (LEPOUTRE F.X., éd.), Sauramps médical, Montpellier, 2011.

Histoire de la Médecine N° 11

Revue trimestrielle

Septembre 2021



Éradiquer une pandémie ?

Honoré de Balzac, Ludovic Vitet, Ambroise Paré et la mort de François II

Le Dr. Locard et son laboratoire de police scientifique clôturent l'Affaire du Corbeau

John Bradmore et le Prince de Galles

Michel Jouvet, pionnier de la médecine du sommeil

Le probable diabète de Louis XIV (1638-1715)

Portrait de Georges Clemenceau, en profil, par les ateliers NADAR vers 1900. Cliché du Ministère de la Culture, Médiathèque de l'architecture et du patrimoine

*Revue trimestrielle « papier », adressée par voie postale
(Information : claude.barel@u-paris.fr)*

COMMUNICATION BRÈVE

Pour sa dernière séance de 2021, notre Société a été très chaleureusement accueillie par l'Académie nationale de chirurgie. En guise de bienvenue son Président, Philippe Marre, présenta une courte et très remarquable communication intitulée :

Les théâtres d'anatomie du XVI^e au XIX^e siècles en Europe et la naissance de la réflexion scientifique en chirurgie

par Philippe MARRE

La célébration des 800 ans de l'école de médecine de Montpellier fut l'occasion de revenir sur l'individualisation progressive de la chirurgie dans l'ensemble de l'art médical. Cette prise de conscience fut en grande partie due au développement de l'étude de l'anatomie fondant la démarche chirurgicale scientifique. Pratiquées dans l'Antiquité notamment par l'école d'Alexandrie, les dissections anatomiques avaient été interrompues pour diverses raisons notamment religieuses et culturelles. Pendant plus de mille ans, les travaux chirurgicaux publiés étaient pour l'essentiel des compilations des travaux des auteurs antiques, notamment de ceux de Galien. Ils laissaient le champ libre aux barbiers chirurgiens regroupés avec les chirurgiens dans des confréries. Celle de St Côme fondée par Louis IX au XIII^e siècle étant la plus connue. C'est dans le courant du XIV^e siècle que les dissections anatomiques reprirent progressivement avec les travaux de Mondeo publiés

à Bologne en 1316. Par la suite les dissections se poursuivirent en Italie du nord pendant deux siècles de façon sporadique et officieuse, en plein air ou dans des locaux médiocres. Mais les contextes religieux et social restaient hostiles. Il fallut attendre la fin du XV^e siècle pour voir ces séances de dissection s'organiser et intéresser un public. C'est en 1502 que Benedetti né à Vérone et formé à Padoue, décrivit un théâtre d'anatomie démontable qu'il aurait utilisé à Venise.

Les théâtres d'anatomie primitifs qui suivirent étaient des kiosques démontables, érigés en plein air et utilisés plutôt à la saison froide. Leur accessibilité progressive à un public grandissant fasciné par la mort à une époque où celle-ci était omniprésente et familière conduisit à les sédentariser. Ils furent installés dans des bâtiments existants civils ou religieux, des églises comme à Bologne, des couvents comme à Amsterdam, des hôpitaux comme en Espagne, des universités comme à Salamanque et à Montpellier. Les dissections étaient faites soit dans des espaces aménagés du bâtiment, soit dans ces kiosque démontables installés dans une grande salle du bâtiment. Des autels pouvaient servir de table de dissection dans certaines églises choisies comme théâtre d'anatomie.

C'est dans la seconde moitié du XVI^e siècle qu'apparurent les premiers théâtres d'anatomie pérennes dévolus à cette fonction en Espagne, aux Pays Bas espagnols, en Italie du nord et en France. Le premier aurait été construit à Salamanque en 1554 près d'une église pourvue d'un cimetière. Il fut suivi tout au long de la seconde moitié du XVI^e siècle de ceux de Barcelone, Bologne, Padoue, Saragosse et Leyde. Installés dans une institution ces théâtres avaient une durée de vie variable. Certains étaient reconstruits et embellis devenant de véritables œuvres d'art en raison de leur succès. Ils valorisaient leur rôle d'enseignement des chirurgiens et des étudiants ainsi que de distraction du public. Ce fut le cas notamment de ceux de Bologne et de Padoue à la fin du XVI^e siècle.

Mais c'est aux XVII^e siècle et XVIII^e siècles que les théâtres d'anatomie connurent leur âge d'or en Europe et notamment à Paris. Ils devinrent alors des constructions vraiment indépendantes dont la plus ancienne aurait été réalisée à Londres en 1628, et la dernière à Charlottesville en Virginie vers 1825. Louis XIV avait fait aménager un théâtre d'anatomie en 1673 pour Dionis au Jardin du Roi, actuel Jardin des Plantes. Fêré d'innovation le roi lui avait demandé d'enseigner contre l'avis de la faculté de médecine de Paris, la circulation du sang découverte par Harvey en 1628. Ce théâtre a aujourd'hui disparu.

Quatre théâtres d'anatomie sont encore visibles à Paris.

Le théâtre Saint-Côme. Il est de forme circulaire, construit en 1695 par l'architecte Joubert pour les chirurgiens de la confrérie de Saint-Côme et à leurs frais au 5 de l'actuelle rue de l'École de médecine, ancienne rue des Cordeliers. Il a servi de berceau à la Société royale de chirurgie à partir de 1731 qui devint l'Académie royale de chirurgie en 1748. L'Académie de chirurgie a le projet bien avancé de s'y réinstaller.

Le théâtre Winslow. Il est de forme circulaire, construit en 1749 rue de la Bûcherie par la faculté de médecine de Paris pour Winslow, grand anatomiste français originaire du Danemark. Il est actuellement la propriété d'un groupe immobilier qui l'a remarquablement restauré et en a fait sa vitrine.

Le Grand théâtre inclus dans la faculté de médecine construite en 1876. Il est de forme semi-circulaire inspiré du Panthéon de Rome. Il fut construit en 1775 par l'architecte Gondoin au 12 de l'actuelle rue de l'École de médecine pour remplacer le théâtre Saint-Côme devenu trop petit et transformé en école de dessin. Il est toujours utilisé pour des événements comme la séance solennelle annuelle de l'Académie de chirurgie.

Le théâtre Corvisart enfin. Il est de forme circulaire, construit en 1798 au 49 de la rue des Saints-pères dans l'abside de la chapelle de l'hôpital de la Charité devenue l'église ukrainienne de Paris en 1941. Il est actuellement désaffecté.

La conception de ces théâtres est très simple : faire en sorte que chacun puisse voir et entendre par lui-même, cette disposition étant à l'origine du mot «autopsie». Le théâtre de Padoue en est l'expression quasi parfaite avec sa forme d'un œil dont la pupille est la table de dissection. Bien voir suppose une forme circulaire au centre de laquelle se trouve la table de dissection et un éclairage suffisant par de larges baies, vitrées à partir du XVII^e siècle, puis complété de candélabres. Bien entendre est favorisé par la disposition en entonnoir des gradins, la taille relativement modeste de la construction et la forme volontiers hémisphérique du plafond renvoyant le discours. Ainsi était assuré le rôle de ces théâtres d'enseignement pour les étudiants et les chirurgiens, et de distraction pour le public. Mais certains théâtres conservèrent une forme rectangulaire pour des raisons décoratives comme celui de Bologne dans le palais Archiginnasio.

Le déroulement des séances était ritualisé de la même façon pour les étudiants, les chirurgiens et pour le public. L'enseignement était fait du haut d'une chaire par un maître chirurgien ou un professeur d'anatomie qui étaient souvent les mêmes. Les dissections étaient faites par un dissecteur ou prosecteur. Les aides d'anatomie jetaient les déchets aux chiens. Ces

manifestations étaient très courues et donnaient lieu parfois à de vraies fêtes, notamment au Jardin du Roi à Paris. Leur organisation était complexe et demandait l'aide d'un régisseur. Il fallait des moyens financiers et l'assistance pouvait être payante. Il fallait des cadavres, et ceux des isolés, des indigents, des condamnés, des étrangers ou des rôdeurs faisaient l'affaire. La disette en était endémique et pouvait conduire à des trafics très pénibles expliquant l'installation près de cimetières de nombreux théâtres d'anatomie. Celui de Saint-Côme aurait été construit sur un ancien cimetière cédé par le couvent des Cordeliers.

Ce mélange très ambivalent du profane et du sacré ne manque pas de surprendre aujourd'hui. Le rituel profane valorisait les progrès de la connaissance de la science. Le rituel sacré était hanté par la mort. Mais le corps humain était considéré et respecté comme une image divine à une époque imprégnée de valeurs religieuses et dont la foi en la résurrection des corps était encore très répandue. Cette dualité explique la richesse décorative des plus beaux théâtres d'anatomie, tels ceux de Leyde, de Bologne ou de Padoue associant des références religieuses chrétiennes et des références profanes aux grands anatomistes et à leurs travaux.

La richesse de ces théâtres d'anatomie a laissé à la chirurgie un héritage immense.

Héritage scientifique après la rupture de Vésale avec l'enseignement figé hérité de Galien.

Héritage artistique des grands ouvrages d'anatomie de cette période aux magnifiques illustrations d'une grande précision, tels ceux de Vésale à Padoue, Albinus et Bidloo à Leyde, Pirogoff à St Petersburg et Bourguery à Paris.

Héritage technique des grands chirurgiens français, comme Paré qui fut le premier à publier ses travaux en français.

Héritage politique enfin qui vit l'essor et le rayonnement de la chirurgie française au XVIII^e siècle. La richesse et la modernité de l'enseignement de l'anatomie favorisèrent en effet le développement d'une chirurgie de qualité faite par les maîtres chirurgiens. Devenant une spécialité médicale enseignée en français à la faculté de médecine, la chirurgie échappait progressivement aux barbiers chirurgiens qui devenaient des perruquiers.

La conversion de la confrérie de Saint-Côme installée dans son théâtre d'anatomie en Société royale de chirurgie en 1731 en fut le symbole. Conduite par son fondateur Georges Mareschal, elle devint l'Académie royale de chirurgie en 1748. Un grand Montpelliérain, François Gigot de Lapeyronnie, en fut le premier président. Germain Pichault de la Martinière

en fut le président prestigieux pendant de longues années. Francois Quesnay en fut le secrétaire perpétuel dirigeant l'édition des mémoires de l'Académie royale de chirurgie à partir de 1743.

La méthode anatomoclinique fut l'aboutissement avec Bichat et Cruveilhier en France au début du XIX^e siècle, de la rigueur scientifique héritée de l'étude de l'anatomie. Elle banalisa progressivement la pratique des dissections dans une logique à la fois diagnostique et thérapeutique. Elle diminua l'intérêt des théâtres d'anatomie pour les étudiants et les chirurgiens qui disposaient d'ouvrages de référence de plus en plus abordables et précis et pouvaient faire des dissections de plus en plus facilement dans les laboratoires des hôpitaux et des facultés de médecine. C'était l'époque de l'affirmation de la chirurgie comme spécialité de l'art médical, le chirurgien étant un médecin comme les autres mais qui soigne avec ses mains. C'était également l'époque de l'extinction des barbiers chirurgiens. Enfin attiré par de nouvelles distractions collectives comme les foires et les cirques, le public se désintéressait progressivement des dissections.

Les théâtres d'anatomie représentent une période très féconde de l'histoire de la chirurgie passée en trois siècles de la médecine antique à la médecine moderne. La médecine antique enseignée par Galien et les autres grands médecins de l'antiquité gréco-romaine avait été transmise en Europe au milieu du Moyen Âge par les byzantins formés par les grands médecins arabes et perses comme Averroes et Avicenne. La chirurgie s'est émancipée de sa matrice médicale par l'apprentissage avec l'anatomie d'une démarche scientifique de plus en plus rigoureuse sur laquelle reposait un savoir-faire reconnu. Il fut diffusé dans toute l'Europe par Larrey et les chirurgiens de la Grande Armée avant d'être repris en France par les générations de Dupuytren puis de Bérard et de Malgaigne.

ANALYSES ET PRÉSENTATIONS D'OUVRAGES



Prévenir, accueillir, guérir. La médecine des enfants de l'époque moderne à nos jours, sous la direction d'**Emmanuelle BERTHIAUD**, **François LÉGER** et **Jérôme VAN WIJLAND**, Septentrion presses universitaires, Paris, 2021, 342 pages, 25 euros.

Les quatorze chapitres de ce livre correspondent aux communications données au cours de deux journées d'étude interdisciplinaire tenues en septembre 2018, l'une à l'université de Picardie Jules Verne et l'autre à l'Académie nationale de médecine, dans la perspective d'envisager les évolutions de la pédiatrie depuis la Renaissance.

L'ouvrage s'ouvre sur l'annonce par Christian Rollet d'un ouvrage posthume, une biographie de Paul Strauss, sénateur de la Seine puis ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale dans les années vingt, publiée aux éditions de l'INED en 2020 par son épouse, Catherine Rollet (1942-2016), démographe et historienne de l'enfance, à la mémoire de laquelle est dédié cet ouvrage. Suit une introduction sous la plume d'Emmanuelle Berthiaud qui évoque l'évolution de la médecine de l'enfant en survolant l'histoire de cette discipline, et précise les objectifs de ce travail. On trouvera en fin d'ouvrage une courte biographie de ces trois directeurs de publication ainsi que celles des auteurs dont les articles sont réunis dans trois grandes parties.

Dans la première partie, « Soigner les enfants : discours et pratiques (XVI-XX^e siècle) », Claudia Pancino évoque à travers la littérature médicale de l'époque, académique et populaire, l'intérêt croissant des médecins pour cette partie de leur art, soulignant la richesse de la pathologie infantile, notamment en dermatologie. Marie France Morel s'attarde sur le dispensaire pour enfants pauvres du docteur Georges Armstrong, en fonction à Londres entre 1769 et 1789, pour analyser, notamment à travers la littérature de ce dernier, étudiant les pathologies des 35 000 enfants reçus, les soins dispensés, le nombre de guérisons, les rapports d'autopsies, les avantages d'une telle structure par rapport à un hôpital classique. Emmanuelle Berthiaud explore à partir de l'étude d'une quarantaine de traités de médecine et de publications consacrés à la douleur, la prise en compte de la souffrance du petit enfant par les médecins durant les Temps modernes, situant un changement dans leur attitude vis-à-vis de cette douleur à la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècle. À travers l'attention portée par certains médecins, durant le premier tiers du XX^e siècle, à la maladie hémolytique du nouveau-né, pathologie inexplicquée jusqu'aux années 1940, Nathalie Sage-Pranchère souligne le rôle central de l'école lyonnaise de pédiatrie.

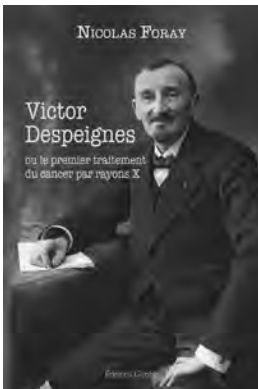
La seconde partie, « Protéger et prévenir : la santé publique au service des enfants (XIX-XX^e siècle) » évoque, sous la plume de Laurent-Henri Vignaud, les politiques vaccinales à Dijon durant la première moitié du XIX^e siècle grâce aux enfants trouvés. Scarlett Beauvalet aborde un sujet d'actualité avec les craintes, voire les réticences familiales face à la vaccination au début du XIX^e siècle. Antoine Rivière s'intéresse à la surveillance médicale exercée sous la III^e République sur les pupilles de l'Assistance publique de Paris qui permit d'en diminuer la mortalité pour atteindre celle des enfants ordinaires. Enfin, les actions de l'Académie nationale de médecine dans le développement de l'hygiène et l'amélioration de la santé des enfants entre 1866 et 1999 sont traitées par François Léger et Jérôme van Wijland grâce à la richesse des archives de cette vénérable institution dont ce dernier est le gardien.

La troisième partie a pour thème : « Accueillir : une architecture hospitalière pensée pour les enfants (Renaissance-XX^e siècle) ». Deux contributions se penchent sur l'hôpital pour enfants Robert Debré à Paris construit par l'architecte Pierre Riboulet (Catherine Blain et Marie Beauvalet-Boutouyrie), et sur l'hôpital Jeanne de Flandre à Lille (Lina Bendahmane) tandis que le docteur Pierre-Louis Laget, membre de notre société, s'intéresse aux différences qui se créent entre les hôpitaux pour enfants et les hôpitaux généralistes au cours du XIX^e siècle, à l'ère de l'hygiénisme triomphant.

L'ouvrage se termine par deux témoignages, le premier sur le tournant des années 1950-1960 qui a vu la chirurgie infantile devenir pédiatrique par Denys Pellerin, et le second sur la réanimation pédiatrique qui a transformé la médecine d'urgence des enfants par Jean-Pierre Fournet.

Comme on le voit, ce riche panorama de l'histoire de la pédiatrie française, avec toutefois une incursion anglaise, « histoire non linéaire et aux multiples facettes où se croisent l'histoire de la pensée médicale, des pratiques vaccinales, de l'architecture hospitalière et des institutions de la santé publique » comme le précise la quatrième de couverture, donne une vision plutôt complète de l'évolution de cette discipline souvent boudée des historiens de la médecine auxquels on ne peut que conseiller la lecture.

Jérôme van Wijland



Victor Despeignes ou le premier traitement du cancer par rayons X, par **Nicolas FORAY**, Glyphe, Paris, 2021, 240 p.

Ce livre bien structuré en chapitres pertinents, propose une biographie du Docteur Victor Despeignes (Lyon : 1866, Chambéry : 1937). Ce médecin est considéré par l'auteur comme le premier radiothérapeute de l'histoire médicale. Cette biographie élargie est présentée dans ses contextes scientifique, médical, familial et social, tous attachants. Victor Despeignes avait commencé une carrière universitaire à Lyon en même temps que ses études médicales. Il l'arrêtera comme chef de travaux dans le laboratoire de zoologie. Il s'installera ensuite comme médecin généraliste pendant deux ans dans un bourg de la Drôme (Buis-les-Baronnies), puis plusieurs années en Savoie, aux Échelles. Il y insistera sur la prévention et l'hygiène auprès de la population. Il poursuivra ensuite une longue carrière médicale à Chambéry (1907-1937), comme directeur d'un service d'hygiène jusqu'à sa mort.

Quelques mois après la publication de la « découverte » des rayons X par Roentgen (fin 1895) en Allemagne, le Dr Despeignes dès juillet 1896, tentera une cure par rayons X d'une tumeur de la région épigastrique dans sa maison des Échelles sur un patient, ami et voisin dont l'identité a été retrouvée avec une quasi-certitude (un industriel de la confiserie qui utilisait pour sa production de la viscosse, des composés cancérogènes). La

« radiothérapie » sera poursuivie pendant une vingtaine de jours (avec 2 séances par jour, du 4 au 23 juillet 1896). La dose administrée au patient a été calculée par déduction, ainsi que les principales caractéristiques de l'irradiation. Les caractéristiques estimées évoquent « une radiothérapie bi-fractionnée à 40 kV sur 2 x 0,6 Gy à la peau par jour (22,8 Gy au total) avec une cible à 30 cm de la source », réalisée avec un tube de Crookes piriforme.

Une réduction notable du volume de la tumeur (intra-abdominale) avait été observée, et objectivée par des calques successifs des éléments palpables, n'empêchant pas l'issue fatale. Ce traitement avait été une tentative de la dernière chance avec le plein accord du patient. Bien sûr les traitements adjuvants de l'époque avaient été aussi administrés. Cette régression était probablement liée à la nature de la tumeur qui était presque certainement un lymphome dont la grande radiosensibilité est maintenant bien connue. Il n'y avait pas eu d'autopsie. L'auteur évoque le rôle possible de la lyse tumorale dans la responsabilité du décès immédiat ; mais il s'agissait d'un « cancer » au stade terminal et à l'évolution inéluctable. Le diagnostic de « cancer de l'estomac » avait été confirmé par deux médecins de l'entourage professionnel de Victor Despeignes dont il n'a pas dévoilé les noms, ni d'ailleurs celui du patient respectant de la sorte un secret médical absolu. « L'idée » de ce traitement quasi expérimental reposait sans doute sur la « croyance » scientifique de l'époque d'une nature « microbienne » des cancers, et sur le succès partiel de l'irradiation de ganglions tuberculeux pratiquée sur le cobaye par Lortet, le successeur de Despeignes dans son laboratoire à Lyon.

En résumé : il s'agit d'une biographie scientifique du Docteur Victor Despeignes (1866-1937) qui a tenté en juillet 1896, quelques mois après la découverte des Rayons X par Roentgen (fin 1895), une « première radiothérapie » sur un patient au stade terminal d'un cancer, probablement un lymphome avec tumeur palpable, épigastrique et sus-ombilicale, qui l'avait fait fortement diminuer de volume. Ce livre qui a demandé un travail de recherche de trois ans, comporte une bibliographie de 149 références, un index des noms propres (47) et une table chronologique des 38 publications du Dr Victor Despeignes, est agréable à lire avec sa bonne présentation et ses photographies.

Patrice Le Floch-Prigent



Louis XVIII et la médecine restaurée, de la chute de l'empire à l'Académie de Médecine, par **Jacques ROUËSSÉ**, préface de Toby Gelfand, Éditions Fiacre, 2021, 155 p.

Qui de plus légitime, et ce mot n'est pas anodin quand on parle de Louis XVIII, pour évoquer la création de l'Académie de médecine, qu'un de ses plus illustres membres ? Je veux parler bien-sûr du professeur Rouëssé, ancien chef de service à l'Institut Gustave Roussy (1977-1986) puis directeur du centre de lutte René-Huguenin contre le cancer de Saint-Cloud (1986-2005) qui fut nommé membre correspondant résidant de la noble assemblée en 2001, et qui y siège comme membre titulaire depuis 2011. Ce nouveau livre, après *Une histoire du cancer en Occident* chez Springer et *Une autre histoire du cancer*, également chez Fiacre, que notre Société a pu découvrir en avant-première avec une communication sur ce thème par le Pr Rouëssé, que la SFHM s'honore de compter dans son conseil d'administration, est préfacé par l'historien de la médecine canadien Tony Gelfand. Il retrace les dix années qui suivirent la chute de l'Empire et qui virent la naissance de l'âge d'or de la médecine parisienne si chère à l'historien Erwin Ackerknecht.

Celle-ci se développa néanmoins sur un terreau fertile, celui que laissa l'Empire après le « labourage » de la Révolution. Il n'est donc pas étonnant de trouver dans le troisième chapitre, qui liste avec une courte biographie les premiers membres de l'Académie royale de médecine, les grands noms de la médecine napoléonienne, notamment croisés sur les champs de bataille, à côté de figures médicales de l'ancien régime qui surent traverser la tourmente sans encombre, à l'exemple d'Antoine Portal. L'auteur s'attarde logiquement sur celui-ci, premier Médecin du Roi, nommé président d'honneur perpétuel de la nouvelle Académie, mais aussi sur Étienne Pariset, secrétaire (futur perpétuel), et qui, à ce titre, fit l'éloge de nombre de ces confrères. Il donne ensuite une courte biographie des principaux membres de la section de médecine (Pinel, Esquirol, Alibert, Corvisart, Broussais, Desgenettes, Récamier, Orfila, Chaussier, Sédillot, Double, Girard, Hussar, Jussieu) puis de ceux de la section de chirurgie (Larrey, Dupuytren, Percy, Pelletan, Richerand, Marjolin, Boyer, Dubois) et enfin celle de pharmacie (Vauquelin, Pelletier et Laugier). Suivent les biographies succinctes de deux membres non-résidents, et non des moindres, Laennec et Fodéré, puis une liste des membres associés libres, enfin la reproduction, hélas de qualité médiocre, de

l'ordonnance royale donnant les listes des heureux élus. Comme le souligne Jacques Rouëssé, tout le mérite revient au nouveau Roi, auquel est consacré le quatrième chapitre, d'avoir su choisir les membres de cette société sans tomber dans le piège de « ceux qui n'ont rien appris », à l'instar du très influent Père Elisée, mort quelques années avant cette création. On trouve en effet parmi ces premiers membres des républicains comme des monarchistes ou des bonapartistes, des athées comme des catholiques pratiquants, et surtout des chirurgiens comme des médecins, des pharmaciens comme des botanistes et, chose nouvelle pour ne pas dire novatrice, des vétérinaires.

Ce troisième chapitre, le plus important, est précédé d'un premier chapitre qui fait le point des connaissances et des théories médicales en vogue au début de XIX^e siècle, sur les pathologies et leurs traitements, et notamment la place de la variolisation naissante, sur laquelle on sait le rôle que joua la nouvelle Académie après la création du comité central de vaccine par le duc de La Rochefoucault-Liancourt, et d'un second chapitre qui propose un état des lieux de l'enseignement, de la pratique médicale et des structures hospitalières au moment de la Restauration. Cette partie rappelle la place des anciennes institutions comme l'Académie royale de chirurgie, la Société royale de médecine ou la Faculté, mais aussi le rôle de la Révolution qui balaya ces institutions, puis de l'Empire qui les rénova en partie, notamment en ce qui concerne l'enseignement avec la loi du 19 ventôse an XI, et surtout de la Restauration qui les consolida en confirmant la réunion de la médecine et de la chirurgie à laquelle les ultra-royalistes étaient opposés. La création de l'Académie royale de médecine le 20 décembre 1820 se place dans ce contexte de consolidation. Son but, qui est le même aujourd'hui, était de donner des avis au gouvernement pour tout ce qui touchait à la Santé publique, sur la vaccination, sur les autorisations de médicaments, sur les eaux et, bien-sûr, sur la formation des soignants et le contrôle de leur exercice.

Le seul regret laissé par la lecture de ce livre est son caractère peut-être trop succinct, mais l'auteur s'en explique dès l'introduction : « C'est en médecin que nous avons rédigé ce livre qui n'a d'autre prétention que de résumer, pour le grand public, l'histoire de la médecine de cette période ». En cela, le professeur Rouëssé a grandement rempli sa mission, et les nombreuses notes à la fin de chacun des chapitres permettent d'approfondir le sujet pour ceux qui le désirent.

Jean-François Hutin



De la peste de Justinien à la Covid-19. Histoire des infections à Lyon, par **Jean FRENEY** (coordinateur), éditions Livres EMCC-JDIdées, 2021, 448 p.

Le Professeur Jean Freney est autant passionné par l'histoire de la microbiologie que par l'histoire de la ville de Lyon. Les 448 pages de ce livre, très agréables à lire, abondamment illustrées et couchées sur du papier glacé, sont préfacées par le Dr Jean-Christophe Rufin de l'Académie Française. Tout d'abord, rendons hommage à Jean Freney et à ses 17 co-auteurs qui ont réalisé un véritable travail de fourmi en allant rechercher dans les différentes bibliothèques les exemplaires de la presse lyonnaise comme « Lyon Médical », la « Revue du Lyonnais » ou la « Gazette Médicale de Lyon », pour colliger des renseignements « bruts » concernant les différentes maladies infectieuses qui ont sévi dans la ville. Dans ce sens, ils ont effectué un véritable travail d'historien, faisant de leur travail une œuvre tout à fait originale.

Une première partie traite de la « prévention et lutte contre les infections à Lyon ». Cette partie qui commence avec les Romains et leurs systèmes d'adduction d'eau, se poursuit par l'étude des solutions mises au point à Lyon pour sécuriser l'hygiène de l'alimentation en eau. En 1848, la création du bureau d'Hygiène a participé à la naissance de l'hygiène moderne à Lyon. On y apprend en outre que son directeur, Gabriel Roux (1853-1914), n'a, à aucun moment, envisagé la portée des observations de son élève Ernest Duchesne (1874-1912) sur la « concurrence vitale » : en effet, ce dernier a montré que dans un mélange de bactéries et de champignons microscopiques, les moisissures inhibaient les bactéries ! Ces expériences ont été publiées plus tard, non pas par l'équipe lyonnaise mais par un certain Alexander Fleming ! On connaît la suite... On assiste ensuite à la création des hôpitaux lyonnais : l'Hôtel Dieu, l'hôpital de la Charité, l'hôpital Grange Blanche, celui de la Croix-Rousse et d'autres encore. Sont aussi évoqués les grandes figures médicales lyonnaises comme Rabelais (1483 ou 1494-1553) ou Claude Pouteau (1725-1775). Lyon s'enorgueillit aussi de la création de la première école vétérinaire au monde par Claude Bourgelat (1712-1779) et la transformation de l'Institut Bactériologique créé en 1900 par l'Institut Pasteur en 1954.

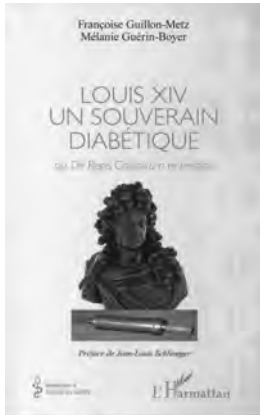
La deuxième partie nous décrit au fil de l'eau les différentes infections et épidémies qui ont eu un fort impact sur l'histoire de la ville de Lyon et de sa région ainsi que les personnalités locales (médecins, vétérinaires, pharmaciens, scientifiques et hommes politiques) qui se sont alors révélées

à ces occasions et qui ont bien souvent donné leur nom à des rues et places de la cité. Les grandes épidémies abordées sont toujours resituées à l'échelle mondiale et nationale avant d'être plus spécifiquement étudiées au niveau lyonnais. Ce sont : les pestes avec Jean-Baptiste Goiffon (1658-1730) qui a joué un rôle capital dans la gestion de la crise sanitaire ; le choléra qui a relativement épargné la ville de Lyon ce qui a conduit à l'édification de la basilique de Fourvière (1872), la « *très Sainte Vierge ayant préservé la ville de l'invasion par la maladie* » ; la typhoïde endémique à Lyon mais ayant quand même provoqué des bouffées épidémiques comme en 1874, 1907 et 1928 ; la tuberculose responsable d'environ 20 % des morts à l'hôpital dans les années 1850, touchait particulièrement les ouvriers de la soie, les concierges, les postiers et les mariniers de la Saône. Les personnalités s'étant particulièrement distinguées pour leur travail sur la tuberculose ont été André Dufourt (1885-1957), nommé en 1929 médecin au service des femmes tuberculeuses de l'hôpital Sainte-Eugénie et Félix Mangini (1836-1902), à l'origine de la construction en 1886 de logements à bon marché, aérés, clairs et pourvus d'une pièce d'eau pour les ouvriers et les employés ; les règles d'hygiène respectées ont fait reculer la maladie ; la lèpre, les lépreux étaient accueillis dans l'une des 27 léproseries du département du Rhône dont 4 à Lyon. La variole, à Lyon la variolisation a commencé dans les années 1750 par les docteurs Pierre Grassot et Claude Pouteau ; la rage qui connut une véritable expansion au XVIII^e siècle. Les travaux de Pierre-Victor Galtier sur la rage font partie du patrimoine scientifique lyonnais. Précurseur de la vaccination antirabique, ses travaux n'ont jamais été reconnus à leur juste valeur, Pasteur ayant attiré sur lui toute la lumière ; les maladies vénériennes, Lyon fut l'une des premières villes du royaume atteinte par l'épidémie de « grosse vérole ». On citera Paul Diday (1813-1894), Joseph Rollet (1824-1894), Antoine Gailleton (1829-1904) et Victor Augagneur (1855-1931) comme étant les Lyonnais les plus impliqués dans l'étude de la maladie syphilitique.

La troisième partie traite d'un sujet tout à fait original, l'histoire de l'industrie locale dirigée contre les infections avec celles de Rhône-Poulenc, de l'Institut Lumière, de Sanofi, Boehringer Ingelheim ex-Mérial, et, bien sûr, de la famille Mérieux. Marcel Mérieux, puis Charles Mérieux, et finalement Alain Mérieux ont toujours œuvré dans le domaine des sérums, des vaccins et du diagnostic *in vitro*. La dualité médecine humaine-médecine vétérinaire a toujours été de mise. L'établissement d'origine, l'Institut Mérieux, a donné naissance à de nombreuses entreprises dont l'enchevêtrement nous est clairement expliqué dans cet ouvrage.

En résumé, un ouvrage d'histoire destiné au grand public, clair et didactique, spécifiquement tourné vers les infections à Lyon mais nul besoin d'habiter la ville des lumières pour en apprécier le contenu.

François Renaud



Louis XIV, un souverain diabétique ou De Regis Gallicorum re medica, par **Françoise GUILLON-METZ** et **Mélanie GUÉRIN-BOYER**, L'Harmattan, Paris, 2021, 217 p., 22,50 euros.

Louis XIV, un diabétique qui s'ignorait ? C'est la théorie audacieuse des auteures, acceptée par le préfacer le Pr Jean-Louis Schlienger de Strasbourg. Ce dernier retrace la longue et intéressante histoire du diabète et l'on s'attend à des révélations inédites ou remarquables. Or il faudra attendre les dernières pages pour que le diabète soit évoqué ! La première moitié du livre est sans surprise ; c'est un résumé de la médecine du Grand Siècle et un exposé du mode de vie de Louis XIV. La seconde partie, plus intéressante, répertorie assez scrupuleusement les pathologies très nombreuses du Roi, tant médicales que chirurgicales, à partir des documents médicaux de l'époque : à savoir les journaux tenus par ses différents médecins. Ceux-ci notaient par le menu tous les désordres de la santé du Roi et les textes ont été conservés. Enfin le diabète apparaît dans les dix dernières pages : les arguments en faveur de celui-ci sont exposés mais ce sont surtout les complications finales, assez communes, comme la gangrène qui emportent le diagnostic. La polyurie et la polydipsie, signes cardinaux mais semble-t-il inconstants du diabète, sont malheureusement absents. L'arbre généalogique des Bourbon-Habsbourg devait nous signaler en rouge les diabétiques mais malheureusement le livre est en noir et le diabète est noté pour chaque monarque !

L'écriture à quatre mains se ressent par une inégalité de style et souvent des redondances. Une relecture minutieuse aurait évité ces écueils et la multitude de fautes laissées en place. Enfin une critique de fond : toute la bibliographie est de type secondaire ou tertiaire : on aurait aimé une description et localisation des manuscrits princeps des médecins du Roi...

Jacques Chevallier



Augustin Cabanès (1862-1928). Clinicien de l'histoire ou vulgaire anecdotier ? par **Jean-François HUTIN**, Glyphe, Paris, 2021, 333 p.

Le Dr Jean-François Hutin, trésorier depuis plus de 10 ans de la Société française d'histoire de la médecine, est radiologue. Ces deux activités prenantes ne l'empêchent nullement de satisfaire à deux autres passions : l'histoire en tant que spécialiste de la période napoléonienne et littéraire comme romancier (Prix Littré 2007 avec *La vengeance*, aux éditions France Empire ; *Le complot de La Méduse* aux éditions Glyphe). Avec « Augustin Cabanès (1862-1928) », Jean-François Hutin ouvre un autre chapitre de ses compétences historiques, médicales et littéraires : la biographie d'un personnage étonnant, travailleur infatigable, polémiste, admiré ou repoussé. Le sous-titre en donne un résumé : « Clinicien de l'histoire ou vulgaire anecdotier ? ». Une réponse partielle est révélée dans l'épilogue qui clôt ce livre passionnant. Augustin Cabanès est un personnage éclectique : pharmacien, médecin, historien, journaliste et écrivain, rédacteur en chef de *La Chronique médicale*, auteur de dizaines d'ouvrages et de centaines d'articles sur l'histoire de la médecine en particulier sur la médecine historique dont il fut le précurseur. Le premier chapitre traite de l'homme et du pamphlétaire Aristarque, alias Gustave Witkowski, collaborateur de Cabanès avant de devenir son pire ennemi. Des ennemis ! Cabanès en eut beaucoup avec ses petits travers, ses mesquineries, mais, au fil du deuxième chapitre, on découvre un personnage attachant, remarquablement aidé par Blanche son épouse, fidèle et dévouée collaboratrice qui, après son décès, poursuivit son œuvre et préserva son héritage (livres, articles, monographies). Le troisième chapitre est consacré à son ouvrage principal, *L'Histoire éclairée par la clinique*, dans lequel Cabanès tenta de théoriser son approche de l'histoire avec l'œil d'un clinicien, père de la pathographie.

Cabanès admiré par les confrères qu'il sut intéresser à l'histoire de la médecine, resta néanmoins amèrement controversé dans les milieux officiels (Société française d'histoire de la médecine, Société française d'histoire de la pharmacie, la Faculté ou l'Académie de médecine...).

Cette biographie est richement documentée grâce à de nombreux manuscrits inédits. Le style clair et incisif est agréablement illustré par un cahier central avec des photographies méconnues de Cabanès. Comme Jean-François Hutin, à la lecture de ce livre, nous estimerons « qu'il (Cabanès) n'a pas été payé à sa valeur et qu'on lui doit une juste réparation ». Ce livre y participe...

Philippe Bonnichon

LISTE DES MEMBRES DE LA SFHM EN 2021

Dr Philippe ALBOU, 18200, SAINT-AMAND-MONTROND, France
Dr Elise ANDRE, 37190, RIVARENNES, France
Dr Léonardo ASTUDILLO, 31059, TOULOUSE, France
Dr Jean-François AUDOUARD, 26400, CREST, France
Dr Olivier AYNAUD, 75015, PARIS, France
Dr Bernard BALDIVIA, 13117, LAVÉRA, France
Pr Christian BANGE, 69870, SAINT-JUST-D'AVRAY, France
Dr Stéphane BARBAS, 78300, POISSY, France
Dr Pierre BARON, 75018, PARIS, France
Dr Marie-Laure BARRAULT, 89100, PARON, France
Dr Gilles BARROUX, 75020, PARIS, France
Pr Catherine BARTHÉLÉMY, 37000, TOURS, France
Pr Jacques BATTIN, 33700, MERIGNAC, France
Pr Frédéric BAUDUER, 64210, BIDART, France
Mme Laurie BAVEYE-KOUIDRAT, 59650, VILLENEUVE-D'ASCQ, France
Dr Claude BEAUVILLAIN DE MONTREUIL, 44000, NANTES, France
Mme Nadia BENMOUSSA, 76000, ROUEN, France
Pr Patrick BERCHE, 92380, GARCHES, France
Pr Evelyne BERIOT-SALVADORE, 34 090, MONTPELLIER, France
Mme Aurore BERRIOT, 51220, COURCY, France
Dr Jean-Louis BERROD, 75007, PARIS, France
Dr Louise BERTAUX, 45130, SAINT-AY, France
Dr Michel BERTRAND, 65310, LALOUBÈRE, France
Dr Maurits BIESBROUCK, 8800, ROESELARE, Belgique
Dr Julien BLAIN, 95350, SAINT-BRICE-SOUS-FORÊT, France
Pr Jean-Louis BLANC, 13011, MARSEILLE, France
Dr Jean-Hugues BLONDEL, 57400, DARNEY, France
Pr Francis BLOTMAN, 34090, MONTPELLIER, France
M. Serge BOARINI, 38300, BOURGOIN-JALLIEU, France
Dr Norbert BONHOMME, 92400, COURBEVOIE, France
Dr Françoise BONNET, 51500, TAISSY, France
Dr Philippe BONNICHON, 41400, MONTHOU-SUR-CHER, France
Dr Daniel BONNOT, 68100, MULHOUSE, France
Dr Sauveur BOUKRIS, 75009, PARIS, France
Mme Catherine BOULOGNE, 75017, PARIS, France
Dr Gilles BOULU, 80090, AMIENS, France
Dr Norbert BOUMAL, 302580, LUSSAN, France
Dr Philippe BOUQUET, 59910, BONDUES, France

LISTE DES MEMBRES DE LA SFHM EN 2021

Dr Anne BOURDIEU, 83000, TOULON, France
Dr Jean-José BOUTARIC, 91800, BRUNOY, France
Dr Philippe BRUNIAUX, 39600, ARBOIS, France
M. Alain BUGNICOURT, 77115, SIVRY-COURTRY, France
Dr Jean-Louis BUSSIÈRE, 75015, PARIS, France
Dr Michel CAIRE, 92160, ANTONY, France
M. Ludovic CALLENS, 62710, COURRIÈRES, France
Dr Valérie CALLOT, 75009, PARIS, France
Mme Marine CARATIS, 37000, TOURS, France
Mme Pierrette CASSEYRE, 75012, PARIS, France
Dr Olivier CASTEL, 86550, MIGNALOUX-BEAUVOIR, France
Dr Alain CAUBET, 35700, RENNES, France
Dr Jean-Pierre CAUMON, 44200, NANTES, France
Mme Isabelle CAVÉ, 75005, PARIS, France
Dr Jean-Bernard CAZALAA, 75015, PARIS, France
Mlle Jacqueline CHAPUIS, 75013, PARIS, France
Dr Philippe CHARLIER, 75005, PARIS, France
Dr Pierre CHARON, 77100, MEAUX, France
Dr Jacques CHEVALLIER, 69120, VAULX-EN-VELIN, France
M. Guy COBOLET, 91230, MONTGERON, France
Pr Jacques COHEN, 51100, REIMS, France
M. Michel COLLE, 33000, BORDEAUX, France
Dr Vincent COMITI, 28410, SAINT-LUBIN-DE-LA-HAYE, France
Mlle Fortunade DAVIET-NOUAL, 89220, ROGNY-LES-SEPT-ÉCLUSES, France
Dr Fernando DE AMORIM, 75009, PARIS, France
Dr Vincent DE PARADES, 75013, PARIS, France
Pr Jean-Pierre DEDET, 34090, MONTPELLIER, France
Dr Nicolas DÉLERUE, 49460, FENEU, France
Dr Xavier DÈLTOMBE, 35000, RENNES, France
Dr Christophe DESTRIEUX, 37032, TOURS, France
Dr Christine DHENNIN, 75003, PARIS, France
Pr Robert F. DONDELINGER, B-4121, NEUVILLE-EN-CONDROZ, Belgique
Dr Renée-Liliane DREISER, 75017, PARIS, France
Pr Daniel DROIXHE, B-4680, OUPEYE, Belgique
Dr Delphine DUBOIS-VALLAUD, 75004, PARIS, France
Pr Marc DUHAMEL, 59160, CAPINGHEM, France
Pr Jean DUPOUY-CAMET, 75014, PARIS, France
Dr Jean-Pierre DURAND, 28630, THIVARS, France
Dr Jean-Pascal DURAND, 37000, TOURS, France
Dr Martine DURAND, 37000, TOURS, France
Dr Sallama Maryame EL GANI, 37000, TOURS, France
M. Jamel EL HADJ, 62400, BÉTHUNE, France

LISTE DES MEMBRES DE LA SFHM EN 2021

Dr Gérard FABRE, 44350, GUÉRANDE, France
Dr Roland FAERBER, 67700, SAVERNES, France
Dr Jean-Jacques FERRANDIS, 44190, CLISSON, France
Dr Christelle FERRATY, 29280, PLOUZANE, France
Pr Tristan FERRY, 69009, LYON, France
Mme Lyse FLORES-PARAIRE, 93100, MONTREUIL, France
Dr Jean-Pierre FOURNIER, 75015, PARIS, France
Dr Bruno FRÉMONT, 55100, DUGNY-SUR-MEUSE, France
Dr Denise FRESNAIS, 75013, PARIS, France
Dr Alexandre GAMEIRO, 92410, VILLE D'AVRAY, France
Dr Jean-Louis GARCIA, 54230, NEUVES-MAISONS, France
Dr Louis-François GARNIER, 56800, PLOËRMEL, France
Dr Claude GAUDIOT, 55100, VERDUN, France
Pr Vincent GEENEN, 4000, LIÈGE, Belgique
Pr Jacques GÉLIS, 91150, MORIGNY, France
Pr Michel GERMAIN, 75016, PARIS, France
Pr Simone GILGENKRANTZ, 54330, CLÉREY-SUR-BRENON, France
Pr Jean-Marie GILGENKRANTZ, 54330, CLÉREY-SUR-BRENON, France
Dr Julien GLICENSTEIN, 75007, PARIS, France
Pr Jacques GONZALES, 75013, PARIS, France
Dr Christelle GOT, 84250, LE THOR, France
Dr Jean François GOURDOU, 31270, CUGNAUX, France
Pr Danielle GOUREVITCH, 75003, PARIS, France
Pr Kees GRAAMANS, 6523-LT, NIJMEGEN, Pays-Bas
Dr GRAFTIEAUX, 51100, REIMS, France
Mme Pascale GRAMAIN, 75010, PARIS, France
Dr Maurice GRAND, 51100, REIMS, France
Dr René GRANGIER, 69008, LYON, France
Dr Alain GRANIER, 11100, NARBONNE, France
Mme Danielle GUÉGAN, 75015, PARIS, France
Dr Jean-Luc GUÉRIN, 11300, LIMOUX, France
Dr Philippe GUILLET, 78160, MARLY-LE-ROI, France
Dr Françoise GUILLON-METZ, 61200, ARGENTAN, France
Dr Alain HADDAD, 75015, PARIS, France
Mme Muriel HADDAD, 75015, PARIS, France
Pr Claude HAMONET, 94160, SAINT-MANDÉ, France
M. Paul-André HAVÉ, 67270, DURNINGEN, France
Dr Fawzia HÉRAUT, 78000, VERSAILLES, France
Dr Louis-Armand HÉRAUT, 78000, VERSAILLES, France
Pr Bernard HOERNI, 32100, CONDOM, France
Dr André HULIN, 49100, ANGERS, France
Dr Jean-Francois HUTIN, 51100, REIMS, France

LISTE DES MEMBRES DE LA SFHM EN 2021

M. Louis JACOB, 13100, AIX-EN-PROVENCE, France
Dr Pascale JEAMBRUN, 75013, PARIS, France
Dr Patrice JOSSET, 10370, VILLENAXE-LA-GRANDE, France
Dr Jean-Luc JUNG, 68000, COLMAR, France
Pr Marianne KARAMANOU, 14564, KIFISSIA ATHÈNES, Grèce
M. Alexandre KLEIN, H2P2G6, MONTRÉAL (QC), Canada
Dr Akira KOBAYASHI, 8100063, FUKUOKA, Japon
Pr Samuel KOTTEK, 93588, JÉRUSALEM, Israël
Mme Magdalena KOZLUK, 95100, ZGIERZ, Pologne
Dr Vincent KROGMANN, 68200, MULHOUSE, France
Pr Muriel LABONNÉLIE, 75013, PARIS, France
Pr Pierre LABRUDE, 54520, LAXOU, France
Dr Adly LADJIMI, 75003, PARIS, France
Dr Christian LAFFOLAY, 75006, PARIS, France
Dr Pierre-Louis LAGET, 59000, LILLE, France
Dr Yves-Marie LAHAIE, 37200, TOURS, France
Pr Jean-Claude LAMIELLE, 75019, PARIS, France
Dr Bernard LAUNOIS, 35160, TALENSAC, France
Pr Thierry LAVABRE-BERTRAND, 34090, MONTPELLIER, France
Dr Jean LAZARE, 57070, METZ, France
Dr Patrice LE FLOCH-PRIGENT, 75006, PARIS, France
Pr Jean-Marie LE MINOR, 67000, STRASBOURG, France
Pr Yvon LEBRANCHU, 37230, LUYNES, France
Dr Philippe LEPIVERT, 35510, CESSON-SÉVIGNÉ, France
Dr Patricia LEROUX-BOUANANI, 91230, MONGERON, France
M. Gaston LEROUX-LENCI, 20090, AJACCIO, France
Pr Jean-Pierre LEVET, 87100, LIMOGES, France
Pr Jean-Marc LÉVY, 67000, STRASBOURG, France
Colonel Pierre-Jean LINON, 92310, SÈVRES, France
Dr François-Xavier LONG, 55100, VERDUN, France
Dr Pierre LOUARN, 22200, GUINGAMP, France
Dr Bernard LOUSTALOT, 61000, ALENÇON, France
Dr Jean-Pierre LUAUTÉ, 26100, ROMANS, France
Pr Alexandre LUNEL, 94300, VINCENNES, France
Pr Dominique MABIN, 35800, DINARD, France
M. Bruno MAES, 51100, REIMS, France
Dr Caroline MANGIN-LAZARUS, 94250, GENTILLY, France
Pr Marie-Hélène MARGANNE, 4347, VOROUX-GOREUX, Belgique
Dr Gérard MARTIN, 51100, REIMS, France
Dr Michel MARTINEZ, 66680, CANOHÈS, France
Dr Eric MARTINI, 75012, PARIS, France
M. Grégoire MASSON, 02100, SAINT-QUENTIN, France

Dr René MATIGNON, 51230, FÈRE-CHAMPENOISE, France
Dr Pascal MAUFFREY, 21000, DIJON, France
Dr Magdalena MAZURAK, 50-421, WROCLAU, Pologne
Dr Jacques MEILLET, 77500, CHELLES, France
Dr Michel MÉLEY, 57155, MARLY, France
Pr Patrick MERCIÉ, 33300, BORDEAUX, France
M. Nicolas MÉROC, 69001, LYON, France
Pr Alain MILHAUD, 75016, PARIS, France
M. Charles MINARD, 94700, MAISONS-ALFORT, France
M. Jacques MONET, 75012, PARIS, France
Dr Jean-Marie MOUTHON, 92320, CHÂTILLON, France
Dr Albert MUDRY, 1003, LAUSANNE, Suisse
Dr Patrick NGUYEN, 13001, MARSEILLE, France
Dr Bernard OLIVE, 85400, LUÇON, France
Dr Gérard PAGNIEZ, 76200, DIEPPE, France
Mme Marie-José PALLARDY, 75013, PARIS, France
Dr Dimitri PAPATHANASSIOU, 51100, REIMS, France
Dr André-Laurent PARODI, 94210, La VARENNE-SAINT-HILAIRE, France
M. Pascal PAYEN-APPENZELLER, 75020, PARIS, France
Dr Gérard PEIFFER, 57000, METZ, France
Pr Helen PERDICOYIANNI-PALEOLOGOU, 18537, PIRAEUS, Grèce
Dr Pascal PFISTER, 89100, SENS, France
Dr Franz PHILIPPART, 6180, COURCELLES, Belgique
Pr Pierre-Olivier PINELLI, 13274, MARSEILLE, France
Dr Patrice PINET, 18000, BOURGES, France
Dr Daniel PIPERNO, 69006, LYON, France
Pr Jacques POIRIER, 75015, PARIS, France
Mme Maria PORTMANN, 1950, SION, Suisse
Dr Jacques POSTEL, 75014, PARIS, France
Dr Gérard PRÉTÊ, 29270, SAINT-HERNIN, France
Pr Patrice QUENEAU, 69390, VERNAISON, France
Dr Bruno RACLE, 01210, Versonnex, France
Pr François RENAUD, 01390, SAINT-ANDRÉ-DE-CORCY, France
Dr Jean-Claude REY, 49100, ANGERS, France
M. Antonio RICCIARDETTO, 4000, LIÈGE, Belgique
Dr Juan Carlos RIVERA, 67000, STRASBOURG, France
Pr Daniel RIVIÈRE, 31700, BLAGNAC, France
Dr Serge ROSOLEN, 92260, FONTENAY-AUX-ROSES, France
Pr Jacques ROUËSSÉ, 75007, PARIS, France
Dr Annie ROUX-DESSARPS, 75006, PARIS, France
Dr Micheline RUEL-KELLERMANN, 75006, PARIS, France
M. Bardia SABET-AZAD, 83720, TRANS-EN-PROVENCE, France

LISTE DES MEMBRES DE LA SFHM EN 2021

Mme Evelyne SAMAMA, 92100, BOULOGNE, France
Mme Janine SAMION-CONTET, 75017, PARIS, France
Dr Laurent SARAZIN, 75008, PARIS, France
Dr Jean-Francois SCHUHL, 76230, BOIS-GUILLAUME, France
Dr Alain SÉGAL, 35800, DINARD, France
Dr Jean-Louis SÉGUÉLA, 56000, VANNES, France
Dr Hadj-Mahi SENOUCI, 29, MASCARA, Algérie
Dr Nicole STOCKMANN-GÉNIN, 94230, CACHAN, France
Dr Michel SUSPÈNE, 82600, VERDUN-SUR-GARONNE, France
Dr Patrick TAILLEUX, 76000, ROUEN, France
Pr Halil TEKINER, ERIYES, Turquie
Dr Roger TEYSSOU, 92200, NEUILLY-SUR-SEINE, France
Dr Pierre THILLAUD, 92150, SURESNES, France
Dr Ariel TOLEDANO, 78008, PARIS, France
Dr Jean Carlos TOLL, 12100, MILLAU, France
Dr Francis TRÉPARDOUX, 92420, VAUCRESSON, France
Dr Gregory TSOUCALAS, 38344, VOLOS, Grèce
Pr Hernan VALDES-SOCIN, 4802, HEUSY, Belgique
M. Xavier VAN DEN BROUCKE, 98000, MONACO, Monaco
Dr Teunis W. VAN HEININGEN, 7582, CX LOSSER, Pays-Bas
Dr René VAN TIGGELEN, 9000, GENT, Belgique
Pr Sylvie VANDAELE, H3C 3J7, MONTRÉAL QC, Canada
Pr Stéphane VÉLUT, 37032, TOURS Cedex, France
Dr Benoit VESSELLE, 51430, TINQUEUX, France
Dr Jean-François VIAUD, 33400, TALENCE, France
Pr Patrick VINCELET, 61340, PRÉAUX-DU-PERCHE, France
M. Jean-François VINCENT, 75006, PARIS, France
Mme Jacqueline VONS, 37210, ROCHECORBON, France
Dr Olivier WALUSINSKI, 28160, BROU, France
Pr Hervé WATIER, 37510, TOURS, France
Mme Geneviève XHAYET, B-4000, LIÈGE, Belgique
Pr Italo ZANZI, 11030, MANHASSET NY, États-Unis.
Dr Marguerite ZIMMER, 67114, ESCHAU, France



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, des analyses 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 faite en séance à la Société, ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être simultanément soumis pour publication à une autre revue.
- L'auteur s'engage à demander l'autorisation du Comité de lecture s'il désire reproduire partie ou totalité de son article, après sa publication dans *Histoire des Sciences Médicales*.
- L'auteur engage seul sa responsabilité, en particulier en 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 SFHM n'est engagée vis-à-vis des manuscrits reçus avant la décision définitive du Comité de lecture et de programmation.
- Le Comité se réserve le droit de demander des modifications du texte et/ou de la bibliographie.
- Les textes, publiés ou non, ne sont pas retournés à l'auteur.
- L'auteur recevra une épreuve imprimée de l'article pour approbation finale. Il devra impérativement retourner celle-ci sous huitaine. Aucune modification du contenu ne sera acceptée.
- L'auteur sera invité à autoriser la SFHM à publier sur son site web, via le site web de la BIU-Santé, l'article publié dans la revue *Histoire des sciences médicales*.
- Il certifiera que les documents éventuellement reproduits dans son article (texte, illustrations...) sont libres de droits.

CONSIGNES ÉDITORIALES

Texte

- Le manuscrit portera au bas de la première page la date de la séance et l'adresse postale et/ou internet du ou des auteurs.
- Le texte sera accompagné d'un court résumé en français et d'un autre en anglais, ne dépassant pas 500 signes (espaces comprises).

- Les textes seront rédigés en français, sous Word (doc ou docx), ne dépassant pas 35 000 signes (espaces comprises).
- La mise en page des textes sera la plus simple possible, sans caractères gras ni soulignés, en Times ou Times New Roman (taille 12), y compris pour les noms propres qui ne seront pas en capitales dans le texte.
- Les appels de notes et de références bibliographiques seront indiqués sans distinction, en exposant dans le texte et dans leur ordre d'apparition. Elles seront rassemblées en fin de texte.

Illustrations

- Si l'auteur a présenté des illustrations lors de sa communication, il en proposera quelques-unes (5 ou 6) pour la publication, au format JPEG (minimum 800 KO), et envoyées par fichier séparé.
- 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 des illustrations, classées dans le même ordre que ces dernières figureront dans un fichier séparé.
- Rappel : l'auteur s'engage à ne fournir que des illustrations libres de tous droits, cette exigence valant décharge de la responsabilité de la SFHM.

Notes et références bibliographiques

- Les références seront strictement limitées aux travaux mentionnés dans le texte et devront être conformes à celles éditées par PubMed ou par L'Année Philologique.
- Elles doivent comporter obligatoirement dans l'ordre : nom de l'auteur (en petites capitales), suivi des initiales du prénom en majuscules ; titre intégral dans la langue de publication ; éditeur, lieu, date, éventuellement numéros de la première et de la dernière pages citées s'il s'agit d'un extrait, avec l'indication : p.
- Ou pour un article : titre de la revue ; année de parution ; série ; numéros de la première et de la dernière page, sans l'indication : p.
- L'auteur est responsable de l'exactitude des citations, des références et des notes.

À titre d'exemple

Article dans un périodique

SÉGAL A. - "Le bistouri. 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* (dir. D. GOUREVITCH), Ellipses, Paris, 1995.

Livre

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

Thèse

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