

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Double.

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY I 2000 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE



Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine générale

par

LAVANDIER Karine

le 20 décembre 2000

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PRATIQUE MEDICALE EN FRANCE AU XIX^{ème} SIECLE.

Examinateurs de la thèse :

M. Georges GRIGNONProfesseurPrésidentM. Philippe CANTONProfesseur} JugesM. Jean.Pierre GRILLIATProfesseur}M. Jacques FROMENTDocteur en médecine}Mme Roselyne SELLAMProfesseur agrégé d'histoire}

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine générale

par

LAVANDIER Karine

le 20 décembre 2000

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PRATIQUE MEDICALE EN FRANCE AU XIX^{ème} SIECLE.

Examinateurs de la these :		
M. Georges GRIGNON	Professeur	Président
M. Philippe CANTON	Professeur	} Juges
M. Jean.Pierre GRILLIAT	Professeur	}
M. Jacques FROMENT	Docteur en médecine	}
Mme Roselvne SELLAM	Professeur agrégé d'histoire	}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université: Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle: du 2ème Cycle: du 3ème Cycle: de la Vie Facultaire: Mme le Docteur Chantal KOHLER Mme le Professeur Michèle KESSLER Mr le Professeur Jacques POUREL Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOUX - Marcel RIBON Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT Pierre LAMY -François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Max WEBER - Daniel ANTHOINE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER Hubert UFFHOLTZ - Jean-Claude HUMBERT - Jacques LECLERE - Francine NABET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

========

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section: SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section: (Anatomie) Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN 2ème sous-section : (Histologie, Embryologie, Cytogénétique) Professeur Hubert GERARD - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Bruno LEHEUP 3ème sous-section: (Anatomie et cytologie pathologiques) Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (Biophysique et traitement de l'image) Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE 2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

44ème Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et Biologie Moléculaire)

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section: (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section: (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section: MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (Bactériologie, Virologie-Hygiène)

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section: (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : (Maladies infectieuses - maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON - Professeur Alain GERARD - Professeur Thierry MAY

46ème Section: SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

2ème sous-section : (Médecine du travail et des risques professionnels)

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section: (Médecine légale)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section (Biostatistiques et informatique médicale)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47ème Section: HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, TRANSFUSION, CANCÉROLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (Hématologie)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -

Professeur Pierre LEDERLIN

(Génie biologique et médical)

Professeur J.François STOLTZ

2ème sous-section : (Cancérologie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

(Radiothérapie)

Professeur Pierre BEY - Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX

48ème Section: ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

2ème sous-section: (Réanimation médicale)

Professeur Alain LARCAN - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3ème sous-section: (Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section: (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section: PATHOLOGIE NERVEUSE, PATHOLOGIE MENTALE et RÉÉDUCATION

1ère sous-section: (Neurologie)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section: (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section: (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section: (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section: PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section: (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51ème Section: PATHOLOGIE CARDIO-PULMONAIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section: (Cardiologie et maladies vasculaires)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section: (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jacques BORRELLY - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section: (Chirurgie vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section: MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (Hépatologie, gastro-entérologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section: (Chirurgie digestive)

3ème sous-section: (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section: MÉDECINE INTERNE et CHIRURGIE GÉNÉRALE MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE

1ère sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

54ème Section: PATHOLOGIE DE L'ENFANT, OBSTÉTRIQUE, SYSTÈME ENDOCRINIEN REPRODUCTION ET DÉVELOPPEMENT

1ère sous-section: (Pédiatrie)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section: (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (Gynécologie et obstétrique)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (Biologie du développement et de la reproduction)

55ème Section: SPÉCIALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

1ère sous-section: (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section: (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=======

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section: INFORMATIQUE Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

PROFESSEUR ASSOCIÉ

========

Hygiène et santé publique Professeur Roland SCHULZE-ROBBECKE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section: SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (Histologie, Embryologie, cytogénétique)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER - Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section: (Anatomie et cytologie pathologiques)
Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

43ème Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section: (Biophysique et traitement de l'image)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44ème Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR
2ème sous-section: (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section: MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section: (Bactériologie, Virologie-Hygiène)

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI 2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section: SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER

47ème Section: HÉMATOLOGIE, CANCÉROLOGIE, IMMUNOLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (Hématologie)

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : (Immunologie)
Docteur Marie-Nathalie SARDA
4ème sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section: ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section: (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)
Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section: (Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Damien LOEUILLE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section: SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE Madame Michèle BAUMANN.

32ème section: CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section: SCIENCES DU MÉDICAMENT Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE Monsieur Alain DURAND

64ème section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section: BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section: BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section: BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=======

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Claude PERRIN
Professeur Jean PREVOT - Professeur Michel MANCIAUX - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain GAUCHER - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC - Professeur Michel WAYOFF

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

ofesseur Norman SHUMWAY (1972)
iversité de Stanford, Californie (U.S.A)
ofesseur Paul MICHIELSEN (1979)
iversité Catholique, Louvain (Belgique)
ofesseur Charles A. BERRY (1982)
outre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
ofesseur Pierre-Marie GALETTI (1982)
own University, Providence (U.S.A)
ofesseur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
issachusetts Institute of Technology (U.S.A)

offesseur Pierre-Marie GALETTI (1982)

own University, Providence (U.S.A)

offesseur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

offesseur Mildred T. STAHLMAN (1982)

offesseur Mildred T. STAHLMAN (1982)

offesseur Harry J. BUNCKE (1989)

offesseur Harry J. BUNCKE (1989)

offesseur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

offesseur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

offesseur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

offesseur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le professeur G. Grignon,

Professeur émérite d'Histologie, d'Embryologie, de Cyto-génétique Doyen honoraire de la faculté B de médecine Commandeur dans l'ordre des palmes académiques

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse. Nous lui exprimons nos remerciements les plus sincères pour son aide et l'assurons de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Ph. CANTON

Professeur de maladies infectieuses et tropicale Officier dans l'ordre des Palmes Académiques

Nous lui sommes reconnaissante d'avoir accepté de siéger parmi nos juges. En souvenir de notre passage dans le service de maladies infectieuses et tropicales, nous le prions d'accepter l'expression de notre respectueuse considération.

A notre juge,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre GRILLIAT

Professeur émérite de médecine interne. Chevalier dans l'ordre National du Mérite. Officier dans l'ordre des Palmes Académiques.

Il a très aimablement accepté de faire partie de notre jury de thèse. Qu'il trouve dans ce travail l'expression de nos sentiments respectueux et reconnaissants. A notre juge,

Monsieur le docteur Jacques FROMENT

Docteur en médecine Enseignant de troisième cycle de médecine générale

Nous le remercions vivement d'avoir accepté de compter parmi nos juges. En souvenir des quelques mois passés dans le service de Médecine A du CHG de Bar-le-Duc, pour sa disponibilité toujours bienveillante et tout ce qu'il nous a appris, qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre juge,

Madame Roselyne SELLAM Professeur agrégé d'Histoire

Nous sommes heureuse et fière de la compter parmi nos juges. Elle nous apporte l'avis éclairé de l'historienne. En témoignage de toute notre affection.

A la mémoire de mes grand-mères Thérèse et Clémence.

A Monique.

Disparues à l'aube de l'an 2000.

A ma cousine Betty.

A Francine.

Au docteur Philippe Thouvenin, en souvenir de sa bonne humeur et de ses compétences lors du stage chez le praticien.

Aux docteurs Zingraff, Fanjeaux, Bertaux, Lecomte, Gentit, Munier, Royer, Laissy, qui m'ont fait l'honneur de me confier leur clientèle.

A Mle le docteur Marie-Ange Preiss, pour tout ce qu'elle m'a appris.

A toute l'équipe "médico-chirurgicale" du CHG de Bar-le-Duc.

A mon père,

pour toute la fierté qu'il m'inspire, en témoignage de notre réelle complicité, et de mon entière reconnaissance.

A ma mère,

en témoignage de toute mon affection, et de tout ce que je lui dois.

A ma soeur jumelle Sandrine, en toute connivence.

A mon frère Guilhem, pour sa joie de vivre et son humour sans pareil.

A mamie, avec toute ma reconnaissance.

A grand-mère Yvette,

A mon parrain Maurice,

A mon cousin Hervé, Merci pour ses compétences informatiques...

A mes cousines : Odile, Carole, Sylvie, Marjorie dite "Margotte", Séverine, Coralie dite "Coco", Sophie, et leurs frères, pour toute la part qu'ils ont prise dans mon enfance...

A Catherine dite "Cathy", avec toute mon amitié.

A Estelle dite "Tételle", ma binôme de fac, en souvenir des bons moments.

A Emmanuelle dite "Manue", avec toute ma gratitude et mon amitié.

A tous les miens, à tous mes amis,

Je dédie cet ouvrage.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

LA PRATIQUE MEDICALE EN FRANCE AU XIXème SIECLE.

NTRODUCTION		
I. <u>NAISSANCE DE LA MEDECINE MODERNE.</u>	P.24	
A. Les origines d'une nécessaire réforme	P.25	
 a) Nécessité de la reconstruction de l'enseignement médical 1) Le sentiment d'une nécessaire réforme 2) Besoin accru de personnel de santé dans l'armée 3) Démographie française 		
b) Un Homme clé : Fourcroy 1) Biographie. 2) Discours du 7 frimaire de l'An III. 3) Décret du 14 frimaire de l'An III		
B. Modalités d'accès au doctorat	P.35	
 a) Les structures d'enseignement 1) Les écoles spéciales / les facultés 2) Les écoles secondaires / préparatoires 3) Equivalence écoles préparatoires / facultés. 		
b) Deux ordres de médecins		
c) L'école de médecine de Nancy		
C. Vers le système de santé contemporain	P.43	
 a) L'offre sanitaire 1) Les oeuvres charitables 2) Les systèmes urbains / dispensaires / bureaux de bienfaisance 3) Les systèmes départementaux 4) L'Assistance publique 		
b) La Mutualité		
D. L'hygiène et la prévention	P.50	
 a) Le Conseil d'Hygiène Publique et de Salubrité b) La prévention au XIX^{ème} siècle. c) La lutte contre les épidémies 		

II VIE QUOTIDIENNE DU MEDECIN FRANCAIS AU XIXème s.		
A. Portrait	P.66	
a) Naissance d'une vocationb) L'étudiant en médecinec) Le médecin		
B. <u>Démographie médicale</u>	P.74	
a) Répartition des médecinsb) Carte hospitalière		
C. Pratique quotidienne	P.76	
 a) Des ressources thérapeutiques réduites 1) Des remèdes hasardeux 2) Des pratiques aléatoires 3) Des progrès pharmaceutiques et techniques 		
b) Mode d'exercice 1) En milieu rural 2) En ville 3) En milieu hospitalier		
c) Relation médecin / malade		
D. Les Français et leur médecin	P.96	
 a) Pathologie courante et terminologie 1) Apoplexie 2) Maladies de poitrine 3) Maladies épidémiques 4) Tuberculose 5) Maladies vénériennes b) Les médecins vus par leurs contemporains 		
E. Bouleversement des idées	P.135	
 a) La médecine anatomo-clinique b) L'affrontement des théories c) La théorie cellulaire d) La démarche expérimentale e) La théorie des germes 		

III. CONCLUSION	P.141
IV. ANNEXE	P.144
 A. Chronologie du XIXème siècle B. Lexique 	
V. RIBLIOGRAPHIE	P 158

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La Révolution industrielle, débutée au XVIIIème siècle en Angleterre, se propage en France au XIXème siècle. Avec le développement des transports, elle apporte de grandes modifications sur le plan économique mais aussi culturel : les savants se déplacent plus aisément à l'étranger, les échanges d'idées sont alors favorisés.

En effet, le XIXème siècle, dont la conjoncture politique et sociale apparait assez complexe et tourmentée à la suite de la Révolution Française, est le siège de grands progrès scientifiques. Nous pourrions schématiquement distinguer deux grandes périodes : la première moitié du siècle où naît le concept de la médecine anatomo-clinique, et la deuxième moitié du siècle, où ont lieu de grandes découvertes biologiques et techniques, favorisant, par exemple, la réalisation des examens de laboratoire.

Dans ce travail, nous avons voulu exposer de façon non exhaustive, bien évidemment devant l'étendue de ce sujet, dans une première partie, l'aspect législatif de la réorganisation de l'enseignement et de ses structures, les voies d'accès possibles au métier de médecin, ainsi que l'aménagement d'un nouveau système de santé. Nous le verrons également, ce siècle est le siège d'un grand remaniement de la pensée scientifique, avec le développement du concept de l'hygiène, de la prévention des maladies épidémiques qui font rage à cette époque.

Dans une seconde partie, il nous a semblé intéressant de développer le côté plus intimiste de la vie du médecin français au XIXème siècle. En pratique, comment exerce-t-il quotidiennement ? Quelles sont les difficultés qu'il rencontre au cours de son activité professionnelle ? Comment et avec quel arsenal thérapeutique peut-il faire face à la maladie et à la souffrance de ses patients ? Quels sont ses rapports avec eux ? Comment les Français perçoivent-ils le médecin à cette époque ?

La littérature est une source inépuisable et précieuse de témoignages à ce sujet. Le médecin est d'abord la proie de sarcasmes, puis réellement auréolé à la fin du XIXème siècle, avec les découvertes décisives qui font alors de lui un véritable savant. Des extraits empruntés à la littérature classique viendront donc illustrer régulièrement notre exposé.

Finalement, après le désordre engendré par la Révolution et ses excès, notamment au sein du système d'enseignement, une reconstruction minutieuse s'avère nécessaire. Elle est pensée par un homme clé du processus

: Fourcroy, qui n'hésite pas à faire preuve d'une grande hypocrisie en vue de défendre un projet d'envergure : la réforme de l'enseignement médical.

Tout au long du XIXème siècle, de grands bouleversements ont lieu aussi bien dans le monde scientifique, dans les habitudes des Français, que dans la technologie. Les Français et leurs médecins ne construisent-ils pas ainsi progressivement ce que nous pourrions appeler une médecine moderne, c'est-à-dire la médecine d'aujourd'hui?

PREMIERE PARTIE:

NAISSANCE DE LA MEDECINE MODERNE

I, NAISSANCE DE LA MEDECINE MODERNE

A. Les origines d'une nécessaire réforme

Depuis la fin du XVIIIème siècle, l'idée d'une réforme de l'enseignement et de ses structures occupe les esprits les plus éclairés. Les réflexions de Vicq d'Azyr seront reprises par Fourcroy, homme-clé du processus d'organisation du nouveau système d'enseignement. Puis la Révolution vient bouleverser l'ordre établi en cautionnant l'exercice de ce qui n'est plus de la médecine, après avoir ordonné la suppression des établissements d'enseignement. Chacun peut alors exercer sa propre médecine, en toute liberté... Enfin, devant l'accroissement des effectifs militaires, le déficit en personnel de santé dans l'armée se fait cruellement sentir. Le corps militaire a alors besoin de praticiens capables d'exercer sur les champs de bataille, de soigner et d'opérer les soldats. Cet argument de poids est largement entendu par la Convention, et permet d'accélérer l'évolution de la réforme.

a) Nécessité de la reconstruction de l'enseignement médical

1) Le sentiment d'une nécessaire réforme

Dès la fin du XVIIIème siècle, alors que la Révolution et ses excès a engendré la fermeture des établissements d'enseignement, la réorganisation d'un nouveau système semble essentielle.

L'exercice de la médecine a besoin de nouvelles règles. En effet, après 1789, l'anarchie règne et favorise amplement le développement du charlatanisme et de tous ses méfaits. Vicq d'Azyr avait cependant déjà ébauché, quelques années auparavant, un plan de réforme de l'enseignement de la médecine pour pallier l'insuffisance de l'organisation de l'époque.

2) Besoin accru de personnel de santé dans l'armée

J.C. Rufin, auteur du chapitre "le prétexte militaire" dans un ouvrage intitulé "L'acte de naissance de la médecine moderne", souligne l'urgence des mesures à prendre devant le besoin accru de personnel de santé dans l'armée.

Ainsi, devant l'accroissement des effectifs militaires, il devient nécessaire de former de nombreux Officiers de santé, afin de "soigner les soldats de la patrie fatigués par leurs marches, souffrant des intempéries et d'épidémies meurtrières".(31) Notons que le terme "Officier de santé" signifie avant 1804, un amalgame de toutes sortes de soignants, à ne pas confondre avec le sens différent de ce terme évoqué au XIXème siècle.

Le service de santé des armées ne compte aucun permanent à cette époque : des officiers de santé sont "commissionnés" et donc titulaires d'un contrat révocable de durée variable en fonction des besoins du moment. (chirurgiens, médecins, pharmaciens).

En 1792, on recense 1400 Officiers de santé dans l'armée, en 1793, on en compte 2700 et en 1794, 9000. (31)

D'après le témoignage de Gama, médecin militaire, "aller au devant des blessés, les chercher sur le champ de bataille, se dépouiller de ses vêtements pour les en couvrir, les panser, les porter ou les faire porter aux ambulances était le propre de ces jeunes chirurgiens, qui souvent atteints eux-mêmes par le feu de l'ennemi, y trouvaient la mort". (16)

De même, Percy, chirurgien en chef de plusieurs armées, confirme cette situation: " les Officiers de santé, et particulièrement les chirurgiens, meurent pêle-mêle avec les autres malades. De jeunes étudiants se trouvent tout-à-coup plongés dans une atmosphère empestée. Bientôt ils sont sacrifiés avec ceux qu'ils croyaient pouvoir sauver". (16)

Aussi, quand A.F. de Fourcroy propose à la Convention le 7 frimaire de l'an III la reconstruction de l'enseignement de la médecine, il est accueilli avec bienveillance.

2) Démographie française

La situation démographique française au XIXème siècle met en évidence une baisse incontestable du taux de natalité : de 36 p.mille dans les années 1780, il n'est plus que de 33 p.mille entre 1816 et 1820, puis de 28.4 p.mille entre 1836 et 1840. (3) Certains médecins et parlementaires admettent que "la diminution des naissances tient à une série de causes variées et multiples sur lesquelles le législateur n'a pas une action directe et efficace." (3) Ce phénomène est en fait, aisément explicable par la perte croissante d'intérêt pour le culte religieux, le brassage humain des armées révolutionnaires et la montée de l'individualisme. (3)

La mortalité reste élevée en raison de la médiocrité du niveau de vie moyen, et du manque d'hygiène. En effet, la population Française est carencée sur le plan alimentaire (37% des conscrits examinés sont réformés entre 1818 et 1826 de ce fait), de même, elle est victime d'épidémies telles que le choléra en 1832, mais également de maladies infectieuses comme la tuberculose dite "mal du siècle". (3)

b) Un Homme-clé: Fourcroy

Il faut le courage et la persévérance d'un homme comme Fourcroy pour accélérer le processus de reconstruction du système d'enseignement médical. De nombreuses valeurs disparaissent suite à la Révolution française, dont la nécessité de maintenir en place un système éducatif.

1) biographie

Antoine François Comte de Fourcroy, né en 1755 à Paris, est fils d'un pharmacien de la rue Saint-André-des-Arts.

Il est considéré comme un élève doué de grandes capacités au collège d'Harcourt mais possède un esprit rebelle et anticonformiste.

Le petit Antoine exerce ses talents comme copiste à l'âge de 15 ans chez un homme de loi, puis commence ses études de médecine grâce à Vicq d'Azyr (1748-1794) qui le fait nommer bibliothécaire à la Société Royale de médecine.

Il apporte sa contribution aux progrès de la chimie pure, avec la rédaction de <u>la Méthode de nomenclature chimique</u> en 1787. Par ses travaux avec N.L. Vauquelin (1763-1829), il étudie l'urine humaine et de diverses espèces animales, opposant les déchets azotés des mammifères (urée), dont il détermine l'existence et la formule chimique, à ceux des oiseaux (acide urique de Scheele). Par la suite, il dresse l'éventail de la composition chimique des lithiases biliaires, urinaires, digestives. On assiste alors aux débuts de l'ère de la chimie clinique. (31)

En effet, A.F. de Fourcroy, doué d'un véritable esprit "encyclopédique" et d'un réel sens de l'organisation, compte bien instituer le concept de "chimie clinique" suite à ses travaux de recherche sur l'urée urinaire.

Son rêve serait de voir naître "un hôpital (...) muni de toutes les ressources et de tous les instruments nécessaires pour interroger par des expériences chimiques les humeurs des malades, une assiduité presque continuelle auprès d'eux, des tentatives expérimentales répétées sans relâche". (31)

De même, il est à l'origine d'un journal assez éphémère <u>la médecine éclairée</u> <u>par les sciences physiques</u>; qui traduit là encore son implication au sein de la pensée scientifique de l'époque.

Malheureusement, son action sera vite freinée par la somme de travail administratif qui lui incombera alors qu'il est nommé suppléant de Marat à la Convention.

2) Le discours du 7 frimaire de l'an III

Fourcroy, au nom des comités de Salut Public et d'Instruction Publique, prononce, devant la Convention, au lendemain de la Révolution, un discours qui est à l'origine d'un décret définissant le plan de reconstruction de l'enseignement de la médecine.

Habilement, Fourcroy n'hésite pas à utiliser certains prétextes pour souligner la nécessité d'un tel projet : selon lui, il devient impératif de "fournir des Officiers de santé à nos armées, employer les grands talents que la République possède dans son sein et qui languissent faute d'occasion et de moyens de les utiliser".

Ensuite, il ajoute qu'en rétablissant, "par une institution digne de la République Française, un enseignement supérieur à tout ce qu'on connaît en ce genre en Europe", il serait désormais possible de "détourner de dessus les citoyens les dangers du charlatanisme et de l'impéritie". En effet, à cette époque, l'anarchie règne sur l'exercice de la médecine. Toute personne peut s'autoproclamer guérisseur ambulant, malgré l'existence de circulaires qui dénoncent "ces empiriques qui parcourent les campagnes et se rendent dans les lieux où se tiennent les foires et les marchés, opèrent en plein air sur des tréteaux et se font précéder par des affiches fastueuses".

C'est ainsi que Lagoguey, "oculiste honoraire des établissements publics de plusieurs départements" expose son affiche à Lyon dans un anglais douteux.

Dans son discours, Fourcroy introduit une vision nouvelle et moderne du déroulement des études médicales. En effet, pour la première fois il avance l'idée que la pratique doit devenir indissociable de la théorie.

Ainsi, "il ne suffit pas de donner des leçons et de faire des cours publics sur toutes les branches de la science et de la nature; le défaut de l'ancienne méthode, c'est qu'on se bornait en quelques sortes à des paroles pour les élèves ; la leçon finie, l'objet n'en étant plus retracé sous les yeux, il s'évanouissait promptement de leurs mémoires (...). Dans l'école centrale de santé, la pratique, la manipulation seront jointes aux préceptes théoriques. Les élèves seront exercés aux expériences chimiques, aux dissections anatomiques, aux opérations chirurgicales, aux appareils."

Ainsi, "peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire", tel est le dogme de Fourcroy.

Concernant l'aspect pratique, il est décidé, par exemple, que douze professeurs et douze adjoints seront nécessaires pour enseigner à l'école de médecine de Paris. Ils sont choisis parmi les citoyens les plus instruits du territoire. La composition du corps enseignant est indiquée dans le tableau ci-dessous.

ENSEIGNEMENT

- 1) Anatomie et physiologie
- 2) Chimie médicale et pharmacie
- 3) Physique médicale et hygiène
- 4) Pathologie externe
- 5) Pathologie interne
- 6) Histoire naturelle médicale
- 7) Médecine opératoire
- 8) Clinique externe
- 9) Clinique interne
- 10) Clinique de perfectionnement
- 11) Accouchements
- 12) Médecine légale et histoire de la médecine

PROFESSEURS

Chaussier et Dubois

Chaussier et Deyeux

Hallé et Pinel

Chopart et Percy

Doublet et Bourdier

Peyrilhe et *Richard*

Sabatier et Boyer

Desault et Boyer

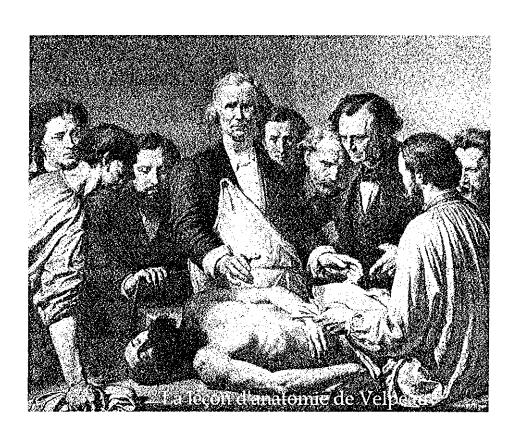
Corvisart et *Leclerc*

Pelletan et Lallement

Leroy et Baudelocque

Lassus et Mahon.

Fourcroy aborde ensuite un aspect fondamental de son projet : la fusion de la médecine et de la chirurgie. C'est ainsi qu'il déclare : "La médecine et la chirurgie sont deux branches de la même science ; les étudier séparément, c'est abandonner la théorie au délire de l'imagination, et la pratique à la routine toujours aveugle ; les réunir et les confondre, c'est les éclairer mutuellement et favoriser leur progrès".



Ce discours apparaît donc résolument moderne, et comporte les fondements de l'organisation de l'enseignement du futur, qui sont toujours, à cette heure, d'actualité.

3) Décret du 14 frimaire de l'an III

Suite au discours de Fourcroy, écouté assidûment par la Convention, est adopté un décret sans aucune discussion. Il pose les bases du système éducatif de la médecine :

"La Convention nationale décrète ce qui suit:

- Art. 1. Il sera établi une école de santé à Paris, à Montpellier et à Strasbourg; ces trois écoles seront destinées à former des officiers de santé pour le service des hôpitaux, et spécialement des hôpitaux militaires et de la marine.
- Art. 2. Les bâtiments destinés jusqu'ici aux écoles de médecine et de chirurgie, dans les communes de Montpellier et de Strasbourg, seront consacrés à ces écoles. Celle de Paris sera placée dans le local de la ci-devant Académie de chirurgie, auquel on réunira le ci-devant couvent des Cordeliers.
- Art. 3. On y enseignera aux élèves l'organisation et la physique de l'Homme, les signes et les caractères de ses maladies d'après l'observation, les moyens curatifs connus, les propriétés des plantes et de drogues usuelles, la chimie médicinale, les procédés des opérations, l'application des appareils, et l'usage des instruments, enfin les devoirs publics des officiers de santé. Les cours sur cette partie de l'instruction seront ouverts au public en même temps qu'aux élèves dont il sera parlé ci-après.
- Art. 4. Outre cette première partie de l'enseignement, les élèves pratiqueront les opérations anatomiques, chirurgicales et cliniques ; ils observeront la nature des maladies au lit des malades, en suivront le traitement dans les hospices voisins de l'école.

- Art. 5. L'enseignement théorique et pratique sera donné par huit professeurs à Montpellier, six à Strasbourg, douze à Paris. Chacun de ces professeurs aura un adjoint, pour que les leçons et les travaux relatifs à l'instruction et au perfectionnement de l'art de guérir ne puissent jamais être interrompus. Ces professeurs sont nommés par le Comité d'Instruction publique, sur la présentation de la Commission d'Instruction Publique.
- Art. 6. Chacune des écoles aura une bibliothèque, un cabinet d'anatomie, une suite d'instruments et d'appareils de chirurgie, une collection d'histoire naturelle médicale. Il y aura, dans chacune, des salles et des laboratoires destinés aux exercices pratiques des élèves dans les arts qui doivent assurer leur succès. Le comité d'instruction publique fera recueillir, dans les différents dépôts nationaux, les matériaux nécessaires à ces collections. Il y aura dans chaque école un directeur et un conservateur : celle de Paris aura de plus un bibliothécaire.
- Art. 7. Les écoles de santé de Paris, Montpellier et Strasbourg, seront ouvertes dans le courant de pluviôse prochain. Les professeurs de ces écoles et leurs adjoints s'occuperont sans relâche de perfectionner, par des recherches suivies, l'anatomie, la chirurgie, la chimie animale, et en général toutes les sciences qui peuvent encourir à l'avancement de l'Art de guérir.
- Art. 8. Les écoles de chirurgie situées à Paris, Montpellier et Strasbourg seront supprimées et refondues avec les nouvelles écoles de santé qui vont y être établies d'après le présent décret.
- Art. 9. Il sera appelé, dans chaque district de la République, un citoyen âgé de dix-sept à vingt-six ans, parmi ceux qui ne sont pas compris dans la première réquisition.

Trois cents de ces élèves seront destinés pour l'école de Paris, Cent cinquante pour celle de Montpellier, et cent pour celle de Strasbourg.

- Le Comité d'instruction publique déterminera, d'après les localités, ceux des districts dont les élèves seront envoyés à chacune des trois écoles de santé.
- Art. 10. Pour choisir ces élèves, la Commission de santé nommera deux officiers de santé dans chaque chef-lieu de district : ces officiers de santé, réunis à un citoyen recommandable par ses vertus républicaines, nommé par

le directoire de district, choisiront l'élève sur son civisme et sur ses premières connaissances, acquises dans une ou plusieurs des sciences préliminaires de l'Art de guérir, telle que l'anatomie, la chimie, l'histoire naturelle ou la physique.

- Art. 11. Ces élèves, munis de leurs nomination, signée par les examinateurs et les agents nationaux de leurs district, se rendront à Paris, à Montpellier et à Strasbourg pour le premier pluviôse prochain ; ils recevront pour leur voyage le traitement des militaires isolés en route, comme canonniers de première classe, conformément au décret du 2 thermidor dernier.
- Art. 12. Les élèves de chacune des trois écoles de santé instituées par le présent décret seront partagés en trois classes, et suivront différents degrés d'instruction relativement à leur avancement. Ceux qui, à l'époque de leurs études que ce soit, auront acquis les connaissances nécessaires à la pratique de leur art dans les hôpitaux et dans les armées, seront employés à ce service par la Commission de santé, qui en sera informée par les professeurs réunis de chaque école.
- Art. 13. Les élèves recevront pour chaque année un traitement égal à celui des élèves de l'Ecole Centrale des travaux publics. Ce traitement ne durera que pendant trois ans. Ceux des élèves qui sortiront avant ce terme pour être employés au service des armées seront remplacés, pendant la durée de trois ans, par un pareil nombre pris, suivant le mode déjà déterminé, dans les districts dont les élèves quitteront les écoles.
- Art. 14. Les traitements des professeurs, de leurs adjoints, des directeurs, des conservateurs, et en général de tous les employés des écoles de santé, seront fixés par les Comités d'instruction publique et des finances réunis.
- Art. 15. Les écoles de santé seront placées sous l'autorité de la Commission d'instruction publique, qui en fera acquitter les dépenses sur les fonds qui seront mis à sa disposition. Cette commission prendra toutes les mesures nécessaires à l'exécution du présent décret, en les soumettant à l'approbation du Comité d'instruction publique.

Art. 16. Le Comité d'instruction publique fera incessamment un rapport sur la manière d'organiser l'enseignement de l'art de guérir dans les communes de la République où étaient établies des écoles de médecine et de chirurgie, sur l'étude de la pharmacie, et sur les moyens de récompenser les services de ceux des professeurs de ces écoles que l'âge et les infirmités rendent incapables de continuer leurs fonctions."

Voici donc, livrés bruts, les textes juridiques du décret du 14 frimaire de l'an III. Ainsi, les écoles de médecine sont au nombre de trois (Paris, Montpellier, Strasbourg); on y définit les structures de façon concrète, que ce soient les murs proprement dits ou le corps enseignant. De même, le programme de l'enseignement est ébauché, avec des objectifs clairs : associer la pratique à la théorie avec l'enseignement "au lit du malade", développer l'étude chimique sanguine, urinaire et salivaire de l'Homme, afin d'établir une relation entre un désordre métabolique quelconque et une pathologie donnée.

Suite à ce décret, le Comité d'instruction publique propose le plan de l'enseignement lui-même, qui sera adopté en ces termes:

- "1. Connaître l'économie animale depuis la structure élémentaire du corps inanimé jusqu'aux phénomènes les plus composés de l'organisation et de la vie.
- 2. Considérer dans quels rapports les corps vivants se trouvent avec tous ceux dont la nature est composée, et, par suite, déterminer quels sont ceux de ces rapports sous l'influence desquels on peut conserver plus longtemps une existence autant exempte de maux qu'il est permis aux Hommes de l'espérer.
- 3. Etudier l'histoire des désordres nombreux qui altèrent l'harmonie de ses mouvements, dont la régularité et la symétrie constituent la santé.
- **4.** Examiner les substances et les opérations dont l'effet, sur l'économie vivante, est de produire des changements avantageux dans des circonstances déterminées.

- 5. Apprendre à faire l'application pratique des principes établis théoriquement, soit en prêtant aux malades une main secourable, soit en leur donnant de salutaires conseils.
- 6. Joindre les travaux de notre siècle aux travaux des siècles qui l'ont précédé, pour augmenter le dépôt qu'ils nous ont transmis, soit en confirmant par d'utiles expériences l'avantage des moyens employés jusqu'à ce jour, soit en dévoilant les erreurs que l'autorité des temps avait fait respecter, soit en tâchant, par de prudents essais, de remplir les nombreuses lacunes de la thérapeutique.
- 7. Récapituler l'art en entier, en en présentant le tableau historique, pour montrer ce qu'il a fait, indiquer ce qu'il n'a pas fait, avouer ce qu'il n'a pu faire.
- 8. Enfin montrer le point de contact où l'art de guérir rentre dans l'ordre civil, en prêtant au ministre de la loi le secours que ses connaissances ordinaires lui refusent, toutes les fois que les lois des Hommes sont subordonnées à celles que la main de la nature a gravées."

B. Modalité d'accès au doctorat

Le XIXème siècle a donc vu naître les structures permettant l'enseignement de la médecine. Nous verrons qu'avant de devenir facultés, les établissements ont connu différentes étapes. L'école de médecine de Nancy a subi également de nombreuses modifications, dans la tourmente de la Révolution.

De même, les études de médecine peuvent mener à deux types de carrières : d'une part, celle de docteur en médecine, d'autre part, celle d'Officier de santé. Ces deux ordres de médecins coexistent parfaitement jusqu'à la fin du siècle.

a) les structures d'enseignement

L'évolution des différentes structures d'enseignement médical a fait l'objet de nombreuses recherches et ouvrages, dont celles de Mme Leroux, à l'occasion de la rédaction de sa thèse sur la faculté de médecine de Nancy.

Le XIXème siècle est donc le siège de nombreux remaniements au sein des structures d'enseignement en général. La loi sur l'Instruction Publique du 11 Floréal An X (1^{er} mai 1802), divise l'instruction en trois degrés : Ecoles primaires, établies par les communes, Ecoles secondaires, établies par les communes ou par des maîtres particuliers, et des lycées, entretenus aux frais de l'Etat.

Dans le cas des études médicales, deux voies d'accès sont possibles : les écoles spéciales qui deviendront les facultés, et les écoles libres, sortes d'écoles privées parallèles, non reconnues en tant qu'institution, qui feront place aux écoles secondaires puis préparatoires. Un certain désordre semble donc s'installer...

1) Les écoles spéciales devenues facultés

Trois écoles de santé sont créées en France à la suite du décret du 14 Frimaire An III (4 décembre 1794) : à Paris, Montpellier et Strasbourg, comme nous l'avons vu précédemment, en vue de former des Officiers de santé pour renforcer les effectifs de médecins militaires. Puis, les "écoles spéciales" sont instituées suite à la loi du 3 Brumaire An IV (25 octobre 1795) sur l'organisation de l'Instruction Publique. Ces écoles sont vouées à l'enseignement de la médecine, elles sont maintenues au nombre de trois : Paris, Montpellier et Strasbourg. Puis Turin et Mayence sont présenties pour devenir le siège d'un école spéciale.

Suite à la loi du 19 Ventôse An XI (10 mars 1803), ces écoles spéciales sont soumises à une réglementation stricte, notamment quant aux examens conduisant au diplôme de docteur et d'Officier de santé: "à compter du 1er Vendémiaire An XII (24 Septembre 1803), nul ne pourra embrasser la profession de Médecin, de Chirurgien ou d'Officier de santé, sans se faire examiner ou recevoir." Les étudiants reçus dans une école spéciale prennent le titre de docteur en médecine ou en chirurgie, les Officiers de santé sont examinés par un jury départemental.

Ensuite, les cinq écoles spéciales deviennent des facultés, grâce à la loi du 10 mai 1806, qui envisage la création d'une Université Impériale. Celle-ci est alors composée d'autant d'académies qu'il existe de cours d'appel. Jusqu'à la guerre franco-prussienne, les facultés persistent au nombre de trois : Paris, Montpellier et Strasbourg. C'est seulement en 1874 que deux nouvelles facultés sont créées : Bordeaux et Lyon. La faculté de Strasbourg est, quant à elle, transférée à Nancy en 1872.

2) Les écoles secondaires puis les écoles préparatoires

Au XIXème siècle, d'autres voies d'accès aux études de médecine existent en parallèle des facultés. Les écoles libres, créées selon des initiatives privées, reposent sur l'article 1er du décret du 29 Frimaire An II (19 décembre 1793), sur la liberté d'enseignement. Elles naissent donc suite à quelques initiatives privées et ne sont pas reconnues en tant qu'institutions. A Nancy, certains professeurs des collèges et certains praticiens organisent un enseignement privé. On parle alors par extension "d'école libre". Les enseignants de ces écoles parallèles seront naturellement incités à exercer dans les écoles secondaires, créées par la suite. Elles sont au nombre de 27, comme par exemple, Amiens (2 juillet 1806), Marseille (7 mai 1808), Nancy (27 juillet 1822).

Cependant, malgré la stricte réglementation régissant la discipline et l'accès à ces établissements, un projet de réforme se prépare. En effet, à la suite de nombreux rapports, notamment celui d'Orfilla, membre du Conseil Royal de l'Instruction publique, les défaillances de ce système sont mises à jour : le manque de moyens techniques, mais aussi humains se fait cruellement sentir. Les professeurs sont peu nombreux, les cadavres en nombre insuffisant, les enseignements au lit du malade peu clairs...

Les écoles secondaires deviennent alors les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, suite à l'ordonnance du 13 octobre 1840. Celle de Nancy est créée le 17 octobre 1843.

3) Equivalence entre facultés et écoles préparatoires

L'arrêté du 22 août 1854 définit l'équivalence entre facultés et écoles préparatoires : 14 inscriptions en écoles préparatoires correspondent à 12 inscriptions en faculté. Seulement six mois d'études supplémentaires sont donc désormais nécessaires à l'étudiant pour obtenir le grade de docteur en médecine. Par ailleurs, les Officiers de santé sont également examinés dans ces écoles, le jury étant placé sous la présidence d'un professeur d'une faculté de rattachement, par exemple Strasbourg pour l'école de Nancy. Certaines écoles préparatoires seront transformées en facultés, après la guerre de 1870.

b) Deux ordres de médecins

Deux ordres de médecins coexistent, suite à un décret du 13 Ventôse An XI (10 mars 1803) : les docteurs en médecine et les Officiers de santé.

Longtemps, les Officiers de santé sont considérés comme des médecins de "second ordre", destinés à dispenser des soins aux indigents et dans les campagnes. Pour devenir Officier de santé, l'étudiant doit avoir été attaché six années auprès d'un docteur, ou avoir pratiqué cinq ans dans un hôpital civil ou militaire, ou encore avoir suivi trois années de cours dans une école, aboutissant à un examen devant un jury médical départemental. La durée des études pour accéder au doctorat en médecine se chiffre à cinq années, couronnées par une thèse.

Le coût des études d'Officinat est moindre : deux cents francs environ, contre 1000 francs environ pour les aspirants au doctorat.

Les diplômes nécessaires pour accéder au doctorat sont plus importants que pour l'Officinat : le baccalauréat ès-lettres puis le baccalauréat ès-science sont indispensables. Tout cela aboutit bien sûr à sélectionner l'accès au doctorat aux plus fortunés, et aux plus instruits.

La fameuse loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine en France, a pour objet principal de supprimer l'officinat de santé, "au nom de l'égalité démocratique qui commande d'abolir les différences entre médecine élitaire du riche et médecine sommaire du pauvre" (6) Le nombre des officiers de santé s'avère être en nette régression depuis quelques dizaines d'années : pour 11000 médecins diplômés, on compte seulement 2500 officiers de santé, dont certains survivront jusque dans les années 1930.(6)

En fixant des limites juridiques précises concernant la pratique quotidienne des dentistes, sages-femmes, et en autorisant les syndicats médicaux à poursuivre les sujets suspects d'exercice illégal, cette loi tend à renforcer la volonté de contrôle de la profession médicale. (6)

c) L'école de médecine de Nancy

La Faculté de médecine de Pont-à-Mousson, transférée à Nancy en 1768, s'installe tout d'abord dans le pavillon de la place Royale, siège du Collège Royal de médecine, créé par le roi Stanislas, puis place de grève. Puis la Révolution supprime ces établissements d'enseignement.

1864-65.

KGOLK

1864-65.

1)

MIRIO RAINTE ET DE PHARMAGIE DE NANCY.

U'Evole de Nancy donne l'instruction aux Elèves qui venlent acquérir les titres de Docteur en médecine et en chirurgie, d'Officier de santé, de Pharmacien de première et de deuxième classe.

Les Elèves qui se destinent à être Officiers de santé, on Pharmaciens de 2º classe, doivent prendre ces titres devant l'École de Nancy, lorsqu'ils veulent résider dans les départements de la Meurthe, de la Meuse, de la Moselle et des Vosges.

Les Eléves en médecine font compter les inscriptions prises pendant deux années à l'École de Nancy, comme des inscriptions de Fune des trois Facultés de médecine. Les inscriptions prises à Nancy pendant les années suivantes, comptent pour les deux tiers des inscriptions prises dans le

même temps dans une l'aculté. Le prix des 14 premières inscriptions est ultérieuremnt déduit des frais de réception au titre de Docteur.

Les Elèves qui aspirent au titre de Pharmacien de ve classe sont compter 10 inscriptions de l'Ecole de Nancy pour deux années d'étude dans l'une des trois Ecoles supérieures de pharmacie.

Les Elèves qui aspirent au titre de Pharmacien de 2° classe sont tenus de prendre 6 inscriptions; ils ont la liberté d'en prendre 6 autres remplaçant, alois, deux années du stage en pharmacie qui ne peut être moindre de 4 années pour les Pharmaciens de 2° classe.

Le temps du stage doit être distinct du temps pendant lequel l'Elève prend ses inscriptions.

Dans la séance solennelle de rentrée, l'Ecole décernera les prix accordés par S. E. le Ministre de l'Instruction publique

多河南

SEMESTRE D'HIVER (du 14 novembre au 15 avril): 3 SEMESTRE D'ETÉ (du 15 avril au 15 août).						
cours.	JOURS ET HEURES DES LEÇONS.	PROFESSEURS.	888	COURS.	10URS ET HEURES DES LEÇONS.	PROFESSEURS.
A L'HÔPITAL SAINT-CHARLES, Tous les jours entrée des Elèves à l'Hôpital à 8 heures du matin, pour la visite des blessés et des molades, MM.				A L'HÔPITAL SAINT-CHARLES, Tous les jours entrée des Elèves à l'Hôpital à 8 heures du matin, pour la visite des blessés et des malade		
	Lumdi, mereredi, vendredi, 5 9 b.	V. PARISOT, profess* titulaire. XARDEL, professeur adjoint.	8330	CLINIQUE MÉDICALE		NM. V. PARISOT, profess' titulaire. XARDEL, profess' adjoint.
GLINIQUE GIHRURGICALE	. Mardi, jeudi, samedi, à 9 henres.) 美 等 A MAISON DÉPARTEMENTALE DE SE	E. SIMONIN, profess' titulaire, E. PARISOT, profess' adjoint.	8		Marib, Joudi, samedi, a 9 beures.	E. SIMONIN, profess' titulaire. E. PARISOT, profess' adjoint.
PRATIQUE DES ACCOUCHE- MENTS				PRATIQUE DES ACCOUCHE- MENTS		į
TRAVAUX ANATOMIQUES Tou	Tous les jours , à 11 heures	L. PARISOT, professeur tiulaire. (POINCARÉ, professeur adjoint,	COCCOC	PHYSIOLOGIE	A L'ÉCOLE DE MÉDECINE. Tous les jours, jeuili excepté, à 11 h.	L. PARISOT, professour titulaire. POINCARÉ, professour adjoint, chargé du cours.
	. Lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi. . Tous les joors, de midi à 2 h . Lundi, mercredi, vendredi, samedi, à	ROUSSEL, professeur titolaire. E. de SCHACKEN chef destray, anatom	300000	PATHOLOGIE MÉDICALE	Londi, mereredi, vendredi, samedi à 1 henre.	DEMANGE, professeur titulaire.
PATHOLOGIE CHRURGICALE & MEDECINE OPERATOIRE	BLO. BLO. BLO. BLO. BLO. BLO. BLO. BLO.	BLONDLOT, professeur titulaire, BÉCHET, professeur titulaire.		MATIÈRE MÉDICALE ET THÉ-		
	Mardi, jeudi, à 4 houres	E.deSCHACKEN, chel des teav, anatom	8	RAPEUTIQUE	Lundi, mardi, joudi, samedi, à 4 h	GRANDJEAN, professeur filmaire.
M. SIMONIN père, Professeur et Directeur honoraire. PROFESSEURS SUPPLÉANTS. MM. DELCOMINÈTE, pour les chaires de toxicologie et pharmacie, de matière médicale et thérapeutique. Eugène BERTIN, pour les chaires de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements. Edmond SCHACKEN, pour les chaires d'anatomie et de physiologie. N. pour les chaires de clinique médicale et de pathologie interne.						
COURS PERMANENTS OBLIGATOIRES PROFESSÉS À LA FACULTÉ DES SCIENCES, CHIMIE, 2001.0GIE, 20						
EXERCICES FACULTATIFS: MANIFULATIONS CHIMQES; HERRORISATIONS. Les élèves sont admis aux visites de la Maison départementale de secours (affections cutantées, meladoies syphologiques), et aux visites dans services de médecine et de chirurgie de tous les húpitaux de Nancy. He contradoire de la Maison départementale des secours (affections cutantées, meladoies syphologiques), et aux visites dans les élèves de la chirurgie de tous les húpitaux de Nancy. He contradoire de la Maison départementale des secours (affections cutantées, meladoies syphologiques), et aux visites dans les élèves de la Constant de Nancy.						

Ils sont admis à étudier au Jardin des plantes, dans les divers Musées de l'École et de la Faculté des Sciences, et à la Bibliothèque de la nille. Ils sont dirigés dans le cours de leur instruction par un chef des teavaux unatomiques, et par des chefs de clinique chirurgicale et de clinique médicale.

Les Elèves en médecine et en pharmacie prennent chaque année quatre inscriptions, du 1" au 15, en novembre, en jauvier, en avril et en juiller. La 1" doit être prise du 1" au 15 novembre.

Le prix total de chaque inscription est 3o francs,

Lorsqu'un Elève se présente au Secrétaire de l'Ecole pour prendre la 1" inscription, il produit : 1º Son acte de naissance prouvant qu'il a, an moins, 17 ans accomplis;

a' S'il est mineur, l'autorisation de son père ou tuteur de s'inscrire à Ecole de Nancy;

3° Le diplôme de bachelier ès lettres, si l'Elève aspire au Doctorat ; celui de bachelier ès sciences s'il aspire au titre de Pharmacien de première classe;

Le certificat d'examen de grammaire régulièrement obtenu dans un Lycée impérial, confor-

mêment aux prescriptions de l'art. 2 du décret du 10 avril 1852, ou un certificat de capacité délivré par le jury spécial institué à cet effet, si l'Elève aspire au titre d'Officier de santé ou de Pharmacien de denvième classe;

4º L'indication de son domicile à Nancy, et celle du domicile de ses parents.

Les Elèves s'inscrivent, du to au 15 novembre, chez M. le professeur DEMANGE, Secrétaire de l'Ecole, petite rue des Carmes, 6, à deux heures (dimanche excepté). Vu :

Le Recteur de l'Avadémie de Nancy,

Le Directeur de l'Ecole,

E. SIMONIN.

C. DUNOYER.

母回母阿母回母



Sceaux de l'Ecole de Médecine de Nancy

Dès 1796, se met en place une voie d'enseignement privée, dispensé par J.B. Simonin, A. de Haldat... Elle constitue ce que l'on a donc appelé une école libre.

L'école secondaire de médecine de Nancy est créée le 9 août 1822. Le Baron Capelle, conseiller d'Etat, écrit au Préfet de Meurthe et Moselle en ces termes : "Monsieur de Villeneuve, J'ai l'honneur de vous annoncer que, par décision du 27 juillet dernier, le ministre a autorisé Monsieur le grand Maître de l'Université à appliquer à l'école particulière de médecine établie à Nancy, le règlement adopté pour l'enseignement et la discipline de l'ordonnance du 18 mai 1820, rendue, à l'appui de ces règlements. Il résulte de cette autorisation par le ministre que les études à Nancy devront, à l'avenir, être comptées aux élèves pour leur admission au doctorat. (...)"

Le 6 septembre 1822, les professeurs de l'ancienne école libre se réunissent en une assemblée officielle de conseil d'école. Alexandre de Haldat est nommé directeur, J.B. Simonin trésorier secrétaire.

L'école secondaire est ensuite transformée en école préparatoire par l'ordonnance du 17 octobre 1843. Le commencement des cours a lieu le 6 novembre 1843. L'école de médecine de Nancy jouit alors d'un prestige de renommée nationale.

En 1854, elle subit de nouvelles modifications, avec la création de six chaires confiées à six professeurs titulaires. L'école est ensuite transférée en 1862 dans le palais de l'Académie, place Carnot. Cette école est autorisée à former des docteurs en médecine, ainsi que des Officiers de santé.

Malheureusement, les événements politiques de 1870 précipitent la ville de Strasbourg en territoire allemand. Sa faculté de médecine est transférée à Nancy, après de nombreuses tractations et la signature du décret de transfert par Thiers, le 19 novembre 1872. Les professeurs strasbourgeois viennent également s'installer en Meurthe et Moselle, dont le doyen Joseph Alexis Stoltz.

La faculté est rapidement transférée dans les nouvelles constructions rue Lionnois : l'Institut Anatomique est inauguré en 1893 et l'Institut de Physiologie peu après. A cette époque également, on édifie l'Hôpital Central, qui vient compléter les structures hospitalières préexistantes, à savoir l'Hôpital Saint-Charles et l'Hôpital Saint-Léon.

C. Vers le système de santé contemporain

a) L'offre sanitaire

1) Les oeuvres charitables

L'influence des religieuses a été capitale tout au long du XIXème siècle. Contrairement aux idées préconçues, "médecine et religion font longtemps bon ménage" (20).

Les associations religieuses charitables foisonnent dans les villes au début du siècle. Les plus célèbres sont les *Oeuvres des Pauvres malades*, filiale de la Société de Saint-Vincent-de-Paul. Ces femmes dévouées, se préoccupent naturellement de soigner les âmes, mais s'exercent aussi à la pratique de la médecine et de la pharmacie. Leurs statuts leur permettent de prodiguer des soins, comme des pansements par exemple, mais aussi de donner des conseils, d'élaborer les traitements et de veiller à la bonne observance thérapeutique.

Sous le second Empire, elles seront plus de 100.000 à prodiguer des soins, même si leur rôle primitif est celui de l'instruction.(20) Parmi les nombreuses petites communautés rurales, une Soeur parmi les autres est chargée de visiter les malades, et par la même occasion de distribuer des remèdes à base de plantes, ainsi que de donner des conseils en vue d'une guérison prochaine. Certains médecins se plaignent même de ce qu'elles constituent une véritable concurrence. Bien sûr, devant les cas difficiles, elle font appel au médecin le plus proche, voire au médecin des épidémies en cas de nécessité.

Les religieuses sont souvent épaulées par des "dames d'oeuvres", des chrétiennes qui cherchent à "répandre au lit des malades la bonne odeur de Jésus-Christ" (20) Malheureusement, ces oeuvres charitables sont bien vite débordées par l'afflux des indigents, qui ont plus besoin de pain que de médicaments...

2) Les systèmes urbains /Les dispensaires

Déliée de tout prosélytisme religieux, la Société philanthropique de Paris s'intéresse tout particulièrement à la répartition des soins médicaux. Dès l'an XII, elle crée à Paris 5 dispensaires desservant toute la ville. Certains médecins prestigieux, comme Laënnec, Corvisart, Pinel, y pratiquent des consultations. Sept chirurgiens, dont Dubois et Dupuytren, ne négligent pas l'action sociale, et viennent également y dispenser des soins. Le modèle est imité, notamment à Lyon. Ces dispensaires constituent des centres de dépistage et de premier examen. Ils sont mis en place en 1895, dans le cadre de la réorganisation de l'assistance médicale à domicile. (4)

Bien sûr, les dispensaires vont permettre aux médecins de toucher une plus grande partie de la population des pauvres, et ainsi espèrent faire reculer le charlatanisme, qui "s'attaque partout à la classe indigente et l'empoisonne d'autant plus sûrement qu'il est plus audacieux et que ceux qu'il trompe sont plus ignorants" (20-58)

Malheureusement, les dispensaires restent cantonnés dans les villes ou la proche banlieue. Les campagnes étant desservies par la bonne volonté de quelques initiatives locales.

3) Les Systèmes départementaux

Un système de soins rural devient nécessaire, car il existe une grande disparité entre les habitants des campagnes, qui "sont trop souvent exposés à souffrir isolément et sans médicaments ni médecin." De même, devant la désertification des campagnes au profit des villes, l'Etat considère que le développement de l'offre de soins en milieu rural permettrait d'éviter partiellement ce phénomène.

Les premiers médecins cantonaux se sont implantés en 1810, en Alsace, à l'imitation de leurs voisins allemands. Puis le système se propage entre 1838 et 1843, dans les départements des Vosges, de la Moselle, de la Meurthe, de la Saône-et-Loire, de la Haute-Saône et du Loiret.

Ces médecins sont nommés par les Préfets, après concours, et ce pour une durée définie. Ils sont salariés et perçoivent environ 600 à 1200 francs par an.

Leur rôle consiste à soigner et à vacciner les pauvres, à visiter les enfants en nourrice et les filles publiques, à constater les décès et à rédiger les rapports demandés par l'administration ou par la Justice. (32)

En 1845, le Congrès médical s'oppose à l'extension de la nomination de médecins cantonaux pour diverses raisons : la perte de l'indépendance (car ils sont nommés par le préfet), l'accablement massif par les indigents, le coût trop important des frais médicaux et pharmaceutiques...

Les bureaux de bienfaisance suffisent dans certains départements à contenter la demande de soins. Créés dans chaque commune par la loi du 28 novembre 1796, ils sont au nombre de 12 en 1849 et distribuent essentiellement des secours en nature (linge, nourriture, médicaments, combustibles) (4) En 1840, ils représentent 9 millions de francs de soins et de secours. (32) Le service est assuré par des médecins, pharmaciens et sages-femmes volontaires. Ils délivrent des soins gratuits aux pauvres, en échange d'un bon de visite ou de consultation. Bien sûr, les traitements prescrits doivent être les plus économiques possibles...(chaque traitement coûte environ 3,50 francs en moyenne). En fin d'année, les médecins des bureaux de bienfaisance envoient leurs billets aux souscripteurs et aux bienfaiteurs aisés qui les paient. En 1955, les bureaux de bienfaisance prendront le nom de bureaux d'aide sociale.

4) L'Assistance publique

L'histoire de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), débute en fait dès le Moyen-âge. L'AP-HP est une institution créée dans la lignée de "l'Hôtel-Dieu de Paris", fondé au VIIème siècle.

La Révolution Française vient bouleverser cette institution. L'Assemblée Constituante désire la remplacer par l'assistance, tout en nationalisant les biens hospitaliers. Cette manoeuvre échoue face à la confiscation des biens hospitaliers par les municipalités, et la disparition de la dîme. Les Hôpitaux parisiens retrouvent leur autonomie juridique sous le Directoire, et sont dès lors sous le contrôle des autorités municipales.

La loi du 10 janvier 1849 permet l'institution de l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris, chargée de la gestion des deux grand services d'assistance communale que sont, d'une part les hospices et les hôpitaux, et, d'autre part, les secours à domicile. L'AP-HP était depuis 1801, sous l'autorité d'un Conseil Général des Hospices. Un directeur est maintenant nommé par le Ministre de l'intérieur, il est assisté par un conseil de surveillance ne détenant qu'un pouvoir consultatif.

Dès 1802, un concours pour le recrutement des médecins et des chirurgiens est mis en place. Puis les hôpitaux se spécialisent et se voient pourvus d'une architecture pavillonnaire. Le concours des médecins aliénistes* est instauré en 1879. Le 30 juin 1881, le conseil de surveillance vote la création d'un concours en vue de recruter des médecins accoucheurs des hôpitaux. Quatre sont nommés lors du premier concours en mai 1882, ils dirigent les services spéciaux d'accouchement dans les hôpitaux La Charité, Tenon, Lariboisière, Saint-Louis. Ensuite, d'autres corps spécialistes sont reconnus : les stomatologistes (1887), les ophtalmologistes et les oto-rhino-laryngologistes (1889), les électroradiologistes (1908).

La loi du 15 juillet 1893 institue l'assistance médicale gratuite, c'est-à-dire la visite à domicile, ou la consultation et le traitement dans un centre de soins.

Les missions de l'AP-HP sont multiples. Tout d'abord, l'accueil et le placement des enfants abandonnés auprès de nourrices : c'est le rôle essentiel du service des Enfants-assistés au XIXème siècle. Puis l'hébergement et le soin des indigents, des vieillards ou des personnes sans ressources, constituent une autre étape primordiale. En 1849, l'AP-HP compte 27 structures hospitalières, réparties en deux catégories : les hospices, réservés aux incurables, aux indigents, aux vieillards, et les hôpitaux, accueillant les malades curables à faible revenus. Enfin, l'action de l'AP-HP réside également dans la délivrance de soins par l'intermédiaire des bureaux de bienfaisance et des dispensaires. (4)

b) La Mutualité

Le principe de la mutualité repose sur l'épargne populaire, et évite ainsi d'inciter à l'oisiveté, (comme auraient tendance à le faire le système de la charité et la philanthropie), en responsabilisant chaque adhérent.

1) Evolution et rôle de la mutualité

C'est grâce à un décret de mars 1852 que sont légalisées les Sociétés de secours mutuels. Le premier recensement de 1852 comptabilise un peu moins de 2500 sociétés dans toute la France, avec environ 200.000 adhérents. (20)

Le but commun de ces premières sociétés est avant tout de s'entraider et de se secourir mutuellement, plutôt que d'organiser un système de prévoyance. (20) Ainsi, toute détresse, telle que la maladie, mais aussi la vieillesse, l'infortune et l'infirmité, est compensée par la perception d'une somme d'argent journalière, régressive au fur et à mesure que la situation se pérennise. Au delà d'une certaine durée, les mutualistes sont considérés comme "pensionnaires" et perçoivent alors une rente financière très modique. Cependant, les cotisations assez élevées, l'absence de dons ou legs, l'absence de membres honoraires, finissent par limiter la possibilité d'extension de ce système et la possibilité au recours médical.(20)

Suite au décret de 1852, les sociétés de mutualité sont contrôlées, mais aussi encouragées financièrement par l'Etat, ce qui modifie considérablement leur destinée.

L'accès à la mutualité n'est autorisé qu'aux "citoyens honnêtes, loyaux, ayant la ferme intention d'accomplir les devoirs imposés par les statuts." (20) Elle permet de consolider la trame de la société en évitant l'éclatement de la cellule familiale devant les obstacles de la vie. Par ailleurs, elle devient un lieu de rencontre des diverses classes sociales, en permettant l'admission de membres honoraires, c'est-à-dire, de personnes aisées cotisant à la société de secours sans en percevoir aucune prestation.

Le rôle de la mutualité est aussi de modifier les comportements de la classe ouvrière, de l'inciter à plus d'hygiène : "la mutualité rendra les parents plus sains, les enfants plus forts et préparera au pays des générations plus belles et plus robustes" (20) Elle confère ainsi au médecin un pouvoir jusqu'alors inimaginable, en leur permettant de soigner les corps et les âmes des pauvres, en les introduisant auprès d'eux.

La Mutualité doit faire face à diverses dépenses : honoraires médicaux, frais pharmaceutiques, indemnités journalières aux malades, pensions, secours et frais funéraires. En 1867, pour une cotisation de 12 francs par an et par sociétaire, les sociétés dépensent en moyenne 9,50 francs, dont 3,85 francs pour les médecins et les pharmaciens. (32)

2) la médecine mutualiste

Grâce à la mutualité, le médecin se prépare un glorieux avenir : "Le médecin est désormais armé du pouvoir certain de transformer les habitudes de la classe ouvrière, de refaire son éducation physique et morale, de la soustraire à la tyrannie de la débauche, aux suggestions

perfides de la misère, aux préjugés de l'ignorance, de stimuler chez elles les principes d'ordre, de travail et d'économie, de préparer au pays des générations plus saines et plus robustes. (...)[Les sociétés de secours mutuels permettent d'étendre] son empire sur les masses et veulent qu'elles soient soumises à ses sages conseils, à son influence moralisatrice aussi bien qu'à ses prescriptions thérapeutiques." (20-38)

Le rôle du médecin dans les sociétés de secours mutuels est aussi bien moral que technique. En effet, face aux adhérents, il doit être en mesure de confondre les mauvais agissements, de jouer le rôle d'un expert vis à vis d'un diagnostic en cas de doute. Progressivement les visites médicales deviennent obligatoires avant toute attribution d'un secours pécunier. Ce rôle de "contrôleur" amène au médecin rapidement l'antipathie des adhérents ou des ouvriers.

La médecine mutualiste offre certains avantages aux médecins : devant la crise "d'encombrement" que subit la profession, la garantie de paiement qu'elles proposent n'est pas négligeable ; de même, elles lui permettent d'étendre leur clientèle. De plus, les médecins négocient via les associations médicales qui se mettent en place parallèlement, la rétribution à l'acte et la libre adhésion des médecins au service médical mutualiste.(20)

Au départ, les sociétés imposent le médecin à leurs sociétaires, ce qui n'est pas sans générer de nombreux mécontentements. Puis, elles autorisent le libre choix du médecin à condition que les traitements soient contrôlés par le médecin de la société. Certaines sociétés préfèrent sous-traiter avec plusieurs médecins ou même autoriser les services de tous ceux qui adhèrent à ses conditions. L'évolution vers le libre choix semble amorcée...

3) Question financière

C'est devant des problèmes financiers de fonctionnement de cette mutualité morcelée en une multitude de petites sociétés, que le Comité général des présidents des sociétés est constitué en 1871 en vue de gérer au mieux les intérêts des médecins, des sociétaires et des sociétés." Dès lors, chaque société verse chaque année une cotisation au comité qui gère le service médical. Il divise la ville en sections, où tous les médecins peuvent se

faire inscrire librement et soigner les malades de toute société adhérente, domiciliée dans le périmètre de leur secteur". (20)

Les médecins sont rétribués par une redistribution du montant des abonnements par le Comité, au prorata du nombre de visites effectuées. Il s'agit donc bien d'une rémunération à l'acte.

Le sociétaire, déclaré malade, touche, pendant un trimestre, une indemnité journalière comprise entre 1.50 et 2 frs. Passé 3 mois, l'allocation diminue de moitié, et passé 6 mois, seules quelques sociétés de secours admettent une prolongation de quelques mois pour une indemnité plus que modique. Atteint d'une maladie chronique, l'abandon par la mutualité le guette, sauf s'il est reconnu "incurable", situation qui lui octroie une petite allocation mensuelle de 10 à 15 frs. (20)

4) Diversification sociale et professionnelle

Les femmes sont restées là encore longtemps exclues du système de la mutualité. D'une part, elles sont pour la plupart non actives et leur demander une cotisation aussi importante que celle des hommes semble difficile, tout comme verser une allocation journalière sans moyens de vérification d'une reprise de travail, d'autre part, d'une "santé plus délicate", elles sont sujettes à de nombreux ennuis , notamment suite à l'accouchement, dont elles sont souvent "longues à se remettre". Elles représentent donc une frange de la population à forte consommation de soins. A la veille de la Première Guerre Mondiale, les femmes ne figurent que pour 10 à 20 % des effectifs des adhérents.(20)

Longtemps considérée comme "ouvrière", la Mutualité tend également à de diversifier, et d'autre sociétés de secours, par exemple celle des petits fonctionnaires se développent. De même, des sociétés à orientation géographique ou idéologiques sont créées.(20)

Malgré l'urbanisation grandissante de la population, la mutualité tend à se ruraliser. En 1850, les deux tiers des sociétés sont urbaines ou périurbaines, et en 1913, la moitié des sociétés de secours siègent en milieu rural, avec bien sûr des disparités régionales.

Alors qu'en 1850, on compte environ 2.500 sociétés avec 250.000 adhérents, on en recense près de 6.000 à la fin du Second Empire regroupant entre 800 et 900.000. A la veille du conflit franco-allemand, on évalue à 5.000.000 le nombre de mutualistes. (20)

Cependant, la mutualité reste un moyen de couverture sociale encore réservé a une petite minorité, c'est à dire 1 % de la société vers 1850, et pas plus de 5 % au début du XXème siècle.

D. L'hygiène et la prévention

La fin du XIXème siècle est le siège d'un grand bouleversement d'idées, dont les applications des travaux de Pasteur concernant la théorie des germes. L'hygiène et la prévention deviennent "obligatoires", on parle d'une véritable "pasteurisation" du pays tout entier... La trilogie "vaccination, déclaration, désinfection" devient le pendant sanitaire de la devise républicaine.(20)

Le contexte politique et démographique régnant en France après la défaite de 1870, influence énormément les mentalités quant au développement de l'hygiène publique. La peur de l'affaiblissement de la population devant la Nation allemande, qui parait très en avance dans de nombreux domaines, incite les Français à plus de rigueur.

C'est grâce aux initiatives efficaces de quelques hygiénistes, comme Armaingaud, médecin bordelais connu pour son allocution sur la lutte antituberculeuse au premier Congrès pour l'avancement des sciences en 1873, que des campagnes sont menées. Ainsi naissent la Société française d'hygiène, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris. Certaines revues sont créées, comme <u>La Revue d'Hygiène</u>, les classiques <u>Annales d'hygiène publique</u> (1829), le <u>Journal d'hygiène</u>, l'<u>Hygiène pour tous</u>, la <u>Revue d'hygiène et de politique sanitaire</u>.

Brouardel, président du Comité Consultatif d'Hygiène Publique, avec dans son sillage les Sociétés protectrices de l'enfance, les sociétés de statistiques et l'Académie de médecine, est à l'origine du premier projet de loi ministériel sur l'Hygiène déposé par Lockroy en 1887. De nombreux médecins, ayant investi les instances de décision, entament des carrières

politiques. Ils deviennent, par exemple, maire, surtout depuis la loi municipale de 1884, qui les oblige à agir de façon concrète dans la lutte contre les maladies transmissibles.

a) Le Conseil d'Hygiène Publique et de Salubrité

Jusque vers 1830, la création d'institutions sanitaires ne touche que quelques grandes villes, et celles-ci n'ont guère de pouvoir. A partir de 1830, des initiatives locales se généralisent, et des commissions sanitaires sont créées. La population, et surtout les notables, se mobilise en faveur de l'hygiène. Les Municipalités vont jusqu'à voter des crédits qui complètent les subventions attribuées par l'Etat. Ces commissions sanitaires sont naturellement largement dynamisées par la survenue des épidémies de choléra. Malheureusement, dès le danger éloigné, ces instances sanitaires retrouvent une certaine léthargie. C'est ainsi que sont créés, par le décret du 18 décembre 1848, les Conseils d'Hygiène Publique et de Salubrité.

Ces Instances sanitaires ont leur propre statut. Leurs membres sont nommés pour 4 ans. Ils sont en général constitués de médecins, pharmaciens, vétérinaires, mais aussi d'autres professionnels, comme des ingénieurs. Il existe un Conseil pour chaque arrondissement de département. Le Conseil Meusien, par exemple, est constitué comme suit, durant la période de 1868 à 1871 :

- Arrondissement de Bar-le-Duc :
- * Baillet : Dr en médecine à Bar-le-Duc
- * Géminel : Dr en médecine à Ligny-en-Barrois
- * Nève : Dr en médecine à Bar-le-Duc
- * Bala: Pharmacien à Bar-le-Duc
- * Henriet : Juge de paix à Bar-le-Duc
- * Poincaré : Ingénieur du service hydraulique à Bar-le-Duc
- Arrondissement de Commercy :
- * Dupont : Dr en médecine à St Mihiel
- * Larzillère : Dr en médecine à St Mihiel
- * Marson: Pharmacien à Commercy

* François : Vétérinaire à Commercy

* Manjeau : ancien pharmacien à Commercy

- Arrondissement de Montmédy :

* Hacherelle : Dr en médecine à Montmédy

* Célice : Pharmacien à Stenay

* Martin : Pharmacien à Stenay

* Didry : Vétérinaire à Montmédy

* Mény : Vétérinaire à Sassey

- Arrondissement de Verdun:

* Madin : Dr en médecine à Verdun

* Péridon : Dr en médecine à Verdun

* Pierson : Dr en médecine à Verdun

* Neucourt : Pharmacien à Verdun

* Fourrier : Vétérinaire à Verdun

Chaque membre du Conseil doit prêter serment selon l'article 14 de la Constitution, et conformément aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 18 décembre 1848, chaque Conseil élit, dans une première réunion, un vice-président et une secrétaire. Les réunions ont toujours lieu à la Préfecture. (60)

Les sujets de délibération du Conseil d'Hygiène sont divers et variés. Par exemple, le jeudi 10 mai 1894, l'ordre du jour est le suivant :

- Lecture du procès verbal

- Machines à réfrigération par l'acide sulfureux et l'acide carbonique de la brasserie *La Meuse* à Bar-le-Duc. (une commission s'est rendue sur les lieux pour examiner les machines à réfrigération).
- Infection du ruisseau, l'Orge, au territoire de Ribeaucourt. (plainte du maire au Préfet au sujet de l'infection du ruisseau qui traverse la commune). "Ce ruisseau prend sa source à 1800 m seulement, et n'a qu'un débit très faible. Un propriétaire a installé, le long de ce cours d'eau, en amont du village, un réservoir non étanche, d'une largeur de 2 à 4 m et de 30 m de largeur, où il nourrit des poissons, avec du sang qu'il y jette tous

les 15 jours environ. L'eau mêlée de sang qui sort du réservoir, vient se mêler à l'eau du ruisseau qui traverse la commune".(...)

- Fabrique de boissons gazeuses à Cousances-aux-Forges
- Reconstitution de l'école mixte, à Villers-aux-Vents, détruite en grande partie par un incendie en 1893. La commune propose de la rebâtir sur un autre emplacement et dans de bonnes conditions hygiéniques.
 - Vente de pétrole au détail à Bar-le-Duc

(...)

- Suppression des abattoirs particuliers, voisins d'un abattoir public.
- Translation du cimetière de Longeville : "Le cimetière de Longeville est établi dans de très mauvaises conditions, au milieu des habitations. De plus, il est absolument encombré. Le Conseil Municipal demande la translation, et s'en remet à la décision du Conseil d'Hygiène pour le choix du terrain : soit au Nord-est de la commune, près de la gare, soit au Sud-ouest, près du chemin de Longeville, à la ferme du chêne".

Le rôle des Conseils de Salubrité est donc capital, au sein de la Société Française du XIXème siècle. Il délibèrent sur des questions d'ordre sanitaire, après étude de commissions émanant de ces mêmes Conseils d'Hygiène Publique, afin de prévenir la survenue de nouvelles épidémies par exemple.

b) La prévention au XIXème siècle

1) La vaccination

En matière de prévention, la vaccination apparaît comme une étape décisive. Selon les discours officiels, "la vaccine s'étendrait progressivement - grâce à l'adhésion des élites - des villes vers les campagnes, des riches vers les pauvres, faisant progressivement reculer l'obscurantisme." (20) Les statistiques semblent cependant bien aléatoires, car les Préfets, tenus comme

responsables de l'application des mesures vaccinales, reconnaissent avoir de nombreuses difficultés à collecter les données des différents districts.

La lutte contre la variole reste sans doute un des plus grands succès de la vaccination. Elle se heurte pourtant à de nombreuses réticences de la part de la population. En effet, la variole est souvent considérée comme une maladie physiologique de la croissance, et possède la vertu essentielle de "purger les enfants de leurs humeurs mauvaises." (20) Pourquoi donc faudrait-il lutter contre cette maladie éruptive qui risquerait d'éviter de purifier les enfants de toutes les humeurs? Cela nuirait largement à leur robustesse!

L'inoculation de la variole est introduite à Constantinople par Timoni et Pilarino, lors de l'épidémie de 1673. Importée en Angleterre par l'épouse de l'ambassadeur à Istanbul, Lady Montagu, l'inoculation se répand dans toute l'Europe dès 1720. (56-57). La faculté de médecine de Paris émet un avis favorable à l'inoculation dans tout le Royaume et rend un arrêté le 8 juin 1763, par 52 voix contre 26.(56)

Le principe de l'inoculation est simple : on prélève sur un varioleux du pus que l'on inocule par égratignure sur la personne à immuniser. Cette personne va ensuite développer la variole sous une forme bénigne, avec surtout des lésions cutanées minimes. Cependant, un taux de mortalité non négligeable et malheureusement incompressible, rend la technique dangereuse et risquée...(15)

La découverte de la vaccination antivariolique par Jenner en 1796, fait grand bruit à travers ses publications. La nouvelle technique consiste à prélever une substance vaccinale contenue dans du pus, sur le pis de vaches atteintes d'une maladie bénigne nommée vaccine, qui les protège de la variole. Cette substance "vaccinale" est ensuite inoculée dans l'avant-bras des sujets que l'on veut protéger de la maladie.

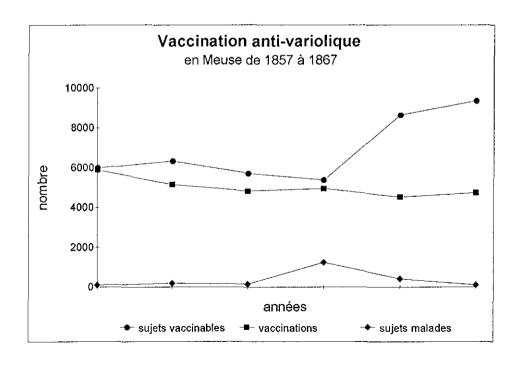
Les premiers succès de la vaccination sont vite assombris par diverses difficultés pratiques, comme par exemple les problèmes de conservation et de transport du vaccin, à l'origine de pénuries et de résurgences de la maladie.(12) De même, les médecins se voient obligés de transmettre de bras à bras le vaccin issu des souches anglaises du siècle précédent, au risque de le voir s'affaiblir.(12) Les résultats semblent donc au départ peu encourageants...

Pendant la première moitié du siècle, la vaccination se pratique de "bras à bras", à partir des souches anglaises. Le médecin vaccinateur prélève la

vaccine sur des enfants préalablement vaccinés. Il attend l'éclosion des pustules puis prélève à nouveau la substance vaccinale, qu'il injecte à un autre enfant. L'opération se propage ainsi de proche en proche. Puis est venue l'idée de créer une sorte de réservoir de vaccine, ce qui permet d'en conserver à portée de main, et ainsi d'éviter les ruptures de la chaîne vaccinale. Le réservoir est en fait constitué par les enfants de l'Assistance Publique. Pour la population, ces enfants, souvent infirmes, paraissent suspects et à risque de transmission de maladies vénériennes. Préjugés et craintes vont bon train, mais cependant, on a recensé de nombreux cas de syphilis vaccinales. Ainsi, la décision d'utiliser exclusivement le vaccin d'origine animale est prise rapidement par les autorités.

La vaccination contre la variole doit également son succès au travail des sages-femmes. Elles sont en effet très disponibles, proches des familles dont elles ont gagné la confiance. Elles sont à l'origine du plus grand nombre de vaccinations. Par exemple, en 1855, 6200 vaccinations sont rapportées en Meuse, dont 5243 réalisées par des sages-femmes contre seulement 957 par des médecins.

D'après des chiffres recueillis dans les rapports sur les travaux des Conseils d'Hygiène publique et de salubrité du département de la Meuse de 1854 à 1900, l'évolution du nombre de vaccination est représentée comme suit :



Le nombre de sujets vaccinables correspond au nombre des naissances auquel on soustrait le nombre d'enfants décédés avant 3 mois. En fait, les statistiques ne reflètent que très vaguement la réalité. La comparaison établie entre les naissances et le nombre de vaccinations est biaisée. En effet, certains médecins vaccinent à tout âge, et recensent ainsi toutes les opérations... Le nombre de vaccinations est alors indûment comparé au nombre des naissances. C'est ainsi par exemple qu'en 1856, en Meuse, on recense 6636 vaccinations dont 51 non réussies pour 6252 sujets vaccinables ! La population totale meusienne est alors de 324.183 habitants. (61) Les chiffres, aussi imparfaits soient-ils, révèlent tout de même que la vaccination n'est pas alors réservée qu'aux nourrissons.

Elle concerne également, les cas de revaccinations, comme, par exemple, celles opérées lors de l'exposition universelle : "M. le Dr Ficatier fait connaître que, d'après une statistique dressée par les services de l'Hygiène de Paris, quatre décès, dus à la variole, ont été constatés dans la capitale en une semaine.

Cette maladie, qui ne devrait plus être connue de nos jours, a été certainement importée par les ouvriers occupés aux travaux de l'exposition. Cette situation a aussitôt éveillé l'attention de M. le Préfet de la Seine, qui vient d'ordonner la revaccination à bref délai de tous les employés de la Préfecture de la Seine et des mairies des vingt arrondissements de Paris ; quelques lycées de la capitale et nombre d'administrations ont également fait revacciner leur personnel. (...) Ne serait-il pas souhaitable, dit M. Ficatier, que pareil exemple fut suivi en province, surtout à la veille de l'Exposition, qui amènera à Paris, des agglomérations considérables de personnes provenant de tous les coins du globe?

Le comité de la vaccine, après une discussion à laquelle prennent part tous les membres, se range à cet avis, et demande que l'administration préfectorale veuille bien, par une circulaire insérée au recueil des actes administratifs et par la voie des journaux, engager toutes les personnes se rendant à l'Exposition à se faire vacciner au moins quinze jours à l'avance."

Cette question a amené le comité de vaccine de l'arrondissement de Bar-le-Duc à engager les maires du département à organiser la revaccination de tous les enfants des écoles ayant atteint l'âge de onze ans. Ainsi, en Meuse, en 1899, on a recensé parmi les 4144 vaccinations opérées, 189 vaccins chez les garçons et 146 chez les filles.

Comme l'expose M. A. Henriot, vice-président du Conseil d'Hygiène et de Salubrité du département de la Meuse, dans son rapport du 13 juin 1856 : "La pratique de la vaccination est tout à fait entrée dans les habitudes de la population, et le nombre des enfants qui y sont soumis est encore plus considérable que ne l'expriment les tableaux, puisque plusieurs médecins qui vaccinent certainement ne fournissent point d'état et ne renseignent pas l'administration. Sur 118 médecins inscrits au tableau, 30 seulement ont justifié avoir vacciné 957 sujets et sur 254 sages-femmes, 207 en ont vacciné 5.243." (62)

Bien des progrès restent donc à faire matière en vaccination...Cependant, certains notables restent résolument optimistes face à cette opération d'envergure nationale. Le Sous-préfet de Verdun, s'exprime en ces termes à ce sujet : "Citoyens administrés, pères de famille, la petite vérole vient d'infester plusieurs de nos arrondissements. Elle a tué, de son venin, une partie de nos enfants ; elle en menace une autre partie, en empoisonnant l'air qu'ils respirent. Par son retour inévitable, autant qu'imprévu, elle reviendra encore exercer ses ravages au milieu des familles, si vous ne vous pressez pas de la prévenir, en faisant vacciner, dans le cours de cette année, tous ceux de vos enfants qui n'ont pas été, jusqu'ici, atteints de cette cruelle maladie. (...)

Une expérience de quinze années, des épreuves répétées dans toutes les villes d'Europe, sous la surveillance bienfaisante du gouvernement, ne laissent plus douter que l'inoculation du vaccin préserve de cette maladie funeste. (...)

Nous avons établi, dans les hospices, des salles de vaccination, où les enfants peuvent venir recevoir gratuitement le vaccin."

Finalement, avec la résurgence de la variole lors de l'épidémie de 1870, et les diverses poussées de variole de la décennie suivante, une profonde réorganisation du système a lieu. Des Instituts vaccinogènes sont créés dans les grandes villes, survivants grâce à des fonds municipaux. Leur rôle essentiel est de cultiver le vaccin de génisse et de le distribuer aux vaccinateurs. La substance vaccinale résulte du prélèvement sur des pustules de l'animal, additionnée d'une quantité égale de glycérine et d'eau distillée. Ce procédé permet donc de mettre fin à la transmission "de bras à bras". Le vaccin ainsi constitué peut de conserver 50 jours, ce qui autorise un approvisionnement régulier de la population. C'est seulement avec le vote par

l'Assemblée Nationale de la loi du 5 janvier 1902 sur la protection de la santé publique, que la vaccination devient obligatoire.

2) la sérothérapie antidiphtérique

Le recours à la sérothérapie pour lutter contre la diphtérie constitue également un des grands progrès de la fin du XIXème siècle. L'espoir de vaincre cette affection contagieuse explique la création de nombreux laboratoires bactériologiques, comme par exemple à Lyon, où les médecins Arloing et Courmont fondent en 1899 l'Institut Bactériologique. (20).

Les travaux du Dr Roux ont permis la mise en évidence de l'élaboration d'une antitoxine par un organisme infecté, en réponse à la toxine sécrétée par le bacille diphtérique. Ainsi, un animal qui reçoit la toxine diphtérique, produit l'antitoxine que l'on peut prélever dans son sérum. L'injection de ce sérum à des sujet malades leur permet d'acquérir une "immunité passive" vis à vis de la diphtérie.

L'emploi du sérum antidiphtérique se heurte à de nombreuses réticences, comme la vaccination, y compris de la part des médecins eux-mêmes. Une circulaire ministérielle du 21 mars 1901, en rappelle quelques règles d'utilisation : "Pour une de ces maladies, la diphtérie, la mortalité a pu, au cours de ces dernières années, être réduites dans des proportions considérables par l'emploi du sérum antidiphtérique.

Il arrive souvent que des médecins, se trouvant en présence d'un sérum antidiphtérique vieux de quelques mois ou quelques semaines, refusent de s'en servir et attendent que du sérum plus frais leur soit parvenu. Il perdent ainsi un temps précieux. La vie de leurs malades peut dépendre de ce retard. Qu'ils réclament un nouveau sérum s'ils le jugent utile, rien de mieux, mais qu'immédiatement ils emploient celui dont ils disposent.(...)

L'intérêt de ne pas perdre une heure pour procéder aux injections de sérum résulte des chiffres suivants que M. le Dr Roux a produits devant le Comité Consultatif d'Hygiène Publique de France, comme résultant d'expériences innombrables :

- Lorsque l'injection du sérum est pratiquée le premier jour de l'apparition des fausses membranes, la mortalité est presque nulle et ne dépasse en tout pas 2 %.
- Lorsqu'elle est pratiquée le second jour, la proportion de mortalité s'élève à 6 %

- Lorsqu'elle est pratiquée le troisième jour, la proportion s'élève à 30 %
- Lorsqu'elle est pratiquée le quatrième jour, elle s'élève à 60 %."

Le coût de ces substances est important. L'Etat décide de créer de nombreux Instituts de sérothérapie, réalisant ainsi un réservoir de sérum disséminé sur tout le territoire. A Nancy, le professeur Pierre Parisot aidé par Lemonier, professeur à la faculté des sciences, propose d'ouvrir une publique, afin de financer la création d'un souscription sérothérapique. Il sera construit à l'angle de la rue Lionnois et de la rue de Bitche. Dans cet institut, le sérum est non seulement stocké, mais également fabriqué, et distribué dans tout l'Est de la France, grâce à la fondation Osiris, du nom d'un riche donateur. La fabrication du sérum débute dès 1894. Macé, grand bactériologiste, procède à la première inoculation de toxine diphtérique le 18 novembre 1894, à deux chevaux hébergés dans une écurie rue saint Lambert. Par la suite. Macé deviendra inspecteur d'hygiène et membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. L'institut Nancéien deviendra également grâce à Macé, un véritable laboratoire d'analyse régional.

c) La lutte contre les épidémies

Tout au long de ce siècle, les épidémies se succèdent au sein de la population française. Nous évoquerons plus tard le choléra qui sévit avec une particulière intensité, mais aussi la fièvre typhoïde, la diphtérie, la coqueluche, la variole...

Les pouvoirs publiques se sont alors penchés sur les différents moyens possibles pour prévenir la contagion. Notons que la loi du 30 novembre 1892 impose aux médecins la déclaration des maladies épidémiques.

1) désinfection et fumigation

Toute une gamme d'ustensiles et d'appareillage se développe, en vue de purifier l'air des chambres ou des habitations des malades. Dès le 15 Messidor An XIII (4 juillet 1805), le ministre de l'intérieur, dans un avis daté du 18 avril 1812, appelle l'attention des préfets sur la nécessité d'employer les fumigations d'acides minéraux comme "seul vrai préservatif éprouvé contre la contagion"

Ainsi, nous distinguons par exemple, les flacons portatifs désinfectants, préparés dans plusieurs pharmacies et chez quelques fabricants d'instruments. Il suffit de les ouvrir pendant quelques minutes, pour laisser s'échapper le gaz "désinfectant". Lorsqu'après un usage répété, leur réserve en gaz s'amenuise, il est possible de les recharger avec du sel marin, de l'oxyde de manganèse et de l'acide sulfurique. Il existe également des appareils permanents de désinfection, qui peuvent suffire dans des chambres où il n'y a qu'un petit nombre de malades. "La facilité avec laquelle on élève et on abaisse l'obturateur, au moyen d'une vis, rend l'usage très commode."

A côté de ces petits moyens, on a recours aux "fumigations en vaisseaux ouverts", dans les vastes salles contenant de nombreux malades, lieu de multiplication des "miasmes contagieux". Le procédé diffère car les proportions des substances sont relatives à la grandeur de l'espace, et également à la présence ou non des malades dans la salle :

"S'agit-il de purifier, par exemple, une salle de 13 mètres sur 6,5 mètres, dans laquelle auront séjournés des malades, et qui sera complètement évacuée?

On met dans une grande capsule ou autre vase de verre, un mélange composé de :

- Sel commun: 30 dg
- Oxyde noir de manganèse en poudre : 6 dg

Le vase mis en place, on y verse l'acide sulfurique (25 dg). On ferme les portes et les fenêtres, et l'on ne rentre qu'après 10 ou 12 heures. (...)

Dans les salles actuellement remplies de malades et fréquentées par les gens de service, on prévient tout excès qui pourrait les incommoder, en rendant successif le dégagement du gaz désinfectant. Il suffit pour cela de régler plus exactement les doses du mélange de sel et de manganèse que l'on met dans les capsules, et de ne verser dessus l'acide sulfurique, qu'après avoir étendu de parties égales d'eau." (63)

Le maire de Bar-le-Duc écrit les mots suivants au Préfet, le 15 mars 1894, au sujet de cas de diphtérie qui se sont déclarés depuis quelques temps et qui pourraient avoir pris naissance dans certaines maisons dont l'insalubrité a été signalée : "j'ajouterai, monsieur le Préfet, que depuis

plusieurs années, chaque fois qu'une maladie contagieuse a été signalée par un docteur, le logement où elle s'était déclarée a été désinfecté par les soins de la mairie, à l'acide sulfureux et au sublimé. La literie et le linge de corps de plusieurs familles ont passé déjà dans l'étuve à désinfecter qui a été acquise par la ville à l'aide de fond mis à sa disposition par la commission de répartition des fonds du Paris Mutuel." (64)

D'autres mesures sont prises, notamment en ce qui concerne les eaux de boisson. Les épidémies de fièvre typhoïde sont rapportées à la contamination des eaux. Des modifications dans la distribution des eaux d'alimentation ont lieu, lors de la réparation des canalisations, ou du curage des bassins filtrants, par exemple. Dans une circulaire ministérielle du 21.03.1898, il est dit : "Il y a le plus grand intérêt à ce que les populations et les autorités militaires locales soient immédiatement informées des changements apportés dans la distribution des eaux, et à ce que les habitants soient en même temps invités à soumettre à l'ébullition l'eau consommée pour les usages alimentaires, jusqu'à ce qu'elle ait retrouvé ses caractères accoutumés."

2) Le "médecin des épidémies"

La nomination des médecins des épidémies est réservée au ministre de l'Intérieur par la circulaire du 30 Septembre 1813 : "Je me suis réservé la nomination de ces médecins, sur la proposition des Préfets, et je n'ai sans doute pas besoin de vous représenter l'importance de n'appeler mon choix, pour ces fonctions utiles et honorables, que sur des Hommes distingués par leur instruction, leur moralité et leurs lumières.", écrit -il.

Il existe un médecin des épidémies dans chaque arrondissement de chaque département. Ils sont spécialement chargés de suivre le traitement des maladies épidémiques, et de se rendre dans les communes où elles se déclarent, à l'instigation du sous-préfet.

Dès qu'une épidémie se déclare dans une commune, le maire doit ainsi informer le sous-préfet qui doit aussitôt envoyer le médecin des épidémies sur les lieux. "Lorsque le médecin est arrivé dans la commune affectée par la maladie, il a à prendre dans les diverses maisons où elle règne, des renseignements positifs sur sa nature et sur les moyens employés jusqu'alors pour la combattre ; s'il reconnaît que cette maladie n'est point épidémique, et que sa présence n'est pas nécessaire sur les lieux, il peut

borner là sa mission, après avoir prescrit aux malades un plan de conduite, et leur avoir indiqué les moyens qu'ils doivent opposer à leurs maux, spécialement ceux qui tiennent à l'hygiène privée, beaucoup trop négligée dans les campagnes.

S'il trouve un Officier de santé dans cette commune, ou dans le canton, il doit lui laisser les instructions convenables pour la direction des malades."

Ces médecins doivent ensuite remettre un rapport détaillé au sous-préfet de l'arrondissement. Ce rapport doit contenir la description fidèle du tableau clinique présenté par les malades, la date de l'invasion, les étiologies possibles, le traitement employé, le nombre de personnes atteintes ainsi que le nombre de personnes décédées.

Sur le plan de la rémunération, ces médecins ne perçoivent pas de salaire fixe, car ils ne sont employés que pour des missions ponctuelles, en cas d'épidémies. Leur rétribution est cependant proportionnelle aux trajets parcourus, aux frais qu'ils ont eus. Sur ce sujet, le ministre Montauvet s'exprime : "Les médecins des épidémies qui, dans leur titre et dans les fonctions qui leurs sont confiées, trouvant un témoignage honorable de la confiance du gouvernement, et un moyen d'augmenter leurs lumières et leur réputation, ne réclament, pour la plupart, qu'une très modique somme à titre d'honoraires. Ainsi, vous fixerez, dans les cas ordinaires, les indemnités dues aux médecins chargés du traitement des épidémies, à 6 ou 9 Frs par journée, en sus du remboursement de leurs frais de voyage ; et je ne me refuserai point à augmenter ce taux, dans les circonstances où, à raison du dévouement qu'ils auront montré, des dangers qu'ils auront courus, ou des peines qu'ils auront eues, ces médecins vous paraîtront avoir des droits particuliers à une augmentation d'honoraire."

Les moyens thérapeutiques sont renforcés grâce à la création de boîtes de médicaments spécialement destinées aux services des épidémies. Elles sont expédiées, en nombre égal à celui des arrondissements de chaque département français. Chaque boîte renferme une quantité définie de médicaments, qui vient renouveler les pharmacies. Elles sont déposées au chef-lieu de chaque sous-préfecture.

Dans la circulaire ministérielle du 30 septembre 1813, il est dit : "On avait reconnu depuis longtemps que le plus grand nombre des malades indigents des campagnes mouraient faute de médicaments, ou parce que leurs moyens ne leur permettaient pas de s'en procurer de bonne qualité :

c'est donc un grand bienfait pour la classe indigente, que l'envoi annuel fait par le gouvernement, dans chaque arrondissement, d'une quantité, ordinairement suffisante, de médicaments du meilleur choix, de la meilleure qualité, et préparés avec le soin le plus attentif; et les administrations locales ne doivent rien négliger pour tirer de ce bienfait tous les avantages possibles, et pour en seconder les effets de toutes les mesures propres à arrêter les maladies épidémiques, et à en prévenir les ravages."

3) Le bulletin bimensuel des causes de décès

Le XIXème siècle a vu naître l'ère de la statistique. Bien sûr, les chiffres recueillis semblent très imparfaits, les études statistiques sont donc dans leur majorité biaisées. Cependant, devant l'acharnement des différentes épidémies, les pouvoirs publiques décident de quantifier les décès, et de préciser les proportions des diverses causes possibles.

Dans la circulaire ministérielle du 26 octobre 1885, le ministre du commerce Legrand s'exprime en ces termes : "Par suite des attributions qui incombent au ministère du commerce, ce sont surtout les décès causés par les affections épidémiques que mon administration a intérêt à connaître. J'ai, en conséquence, fait préparer un bulletin, dont vous trouverez ci-joint un certain nombre de modèles et dans lequel les décès doivent être indiqués chaque jour, donnés en bloc, ne doit être détaillé, en ce qui concerne les causes de décès, que pour les affections ayant un caractère épidémique, à savoir : la fièvre typhoïde, la variole, la diphtérie, la scarlatine, la coqueluche, la rougeole, la dysenterie, la diarrhée infantile, la cholérine, le choléra."

Deux bulletins sont adressés chaque mois au ministère, c'est-à-dire, l'un pour la période du 1^{er} au 15, et l'autre pour la période du 16 au 31. Ils sont produits par tous les chefs-lieux d'arrondissement, quelque soit leur population, ainsi que par les villes non chefs-lieux comptant plus de 10000 habitants.

Ainsi la reconstruction progressive du système d'enseignement et de ses structures, l'apparition du concept d'hygiène et de prévention, la restructuration de l'offre sanitaire, constituent la toile de fond devant laquelle viennent s'animer les médecins du XIXème siècle. Leur pratique est variable

selon leur cadre de vie, leurs ressources thérapeutiques malgré tout assez réduites. De même, comment ces médecins sont-ils perçus par la Société ? Quelle est la nature des relations médecin-malades? Découvrons donc la vie plus intime de ces Hommes passionnés par leur métier...

DEUXIEME PARTIE:

VIE QUOTIDIENNE DU MEDECIN FRANCAIS AU XIX^{ème} SIECLE.

II. VIE QUOTIDIENNE DU MEDECIN FRANCAIS AU XIXème S.

A. Portrait

a) Naissance d'une vocation

Comme de nos jours, devenir médecin au XIX^{ème} siècle sous-entend faire preuve d'abnégation. La destinée de ces jeunes gens se dirigeant vers la médecine, semble naître d'une véritable vocation, régie par différents éléments.

A l'origine, nous pourrions discerner tout d'abord l'enseignement des sciences naturelles dans les écoles, collèges ou lycées qui cependant reste tout à fait sommaire, à une époque où excellent le latin, la rhétorique, et les mathématiques. Remarquons bien que le baccalauréat ès lettre suffit avant 1823, et de 1830 à 1836, pour accéder aux études médicales, c'est-à-dire pour être admis à préparer le doctorat en médecine dans une faculté. L'enseignement scientifique, comme le souligne Jacques Léonard, dans son ouvrage *La vie quotidienne du médecin de province au XIXème s.*, ne parait donc pas être l'élément déterminant d'une vocation médicale.

L'existence de réelles dynasties médicales suggère une origine familiale dans le choix de cette profession. On pourrait citer comme exemple la famille Sue qui compte en moins de deux siècles, une quinzaine de médecins ou chirurgiens parmi ses membres, surtout en Provence, à Nantes ou à Paris. De même, on dénombre plus de quarante praticiens, en huit générations, au sein de la famille Sauvé, dans la Mayenne et l'Ille-et-Vilaine.

Ainsi, chaque ville de province peut devenir le berceau d'une lignée familiale de médecins : comme pour les Flaubert à Rouen, les Lachèze Laroche Mirault à Angers, et les Simonin à Nancy. En effet, la famille Simonin compte de nombreux médecins parmi ses membres, qui se succèdent de génération en génération, de 1780 vers 1880.

D'après des statistiques réalisées dans l'ouest de la France, qui malgré tout demeurent très grossières, on peut remarquer qu'il

existe plus de docteurs fils de docteurs que de docteurs fils d'officier de santé. Mais, les 2/3 des fils d'officiers de santé qui persévèrent dans la médecine deviennent docteurs. Ces praticiens ont des parents exerçant des métiers manuels ou habitant la campagne.(32)

Le plus souvent, l'apprentissage des connaissances a donc lieu auprès d'un parent. Tel en est dit dans notre Serment d'Hippocrate : "Je respecterai mon maître dans son art comme je respecte mes parents, je considérerai ses descendants comme mes frères par le sang et à mon tour je leur enseignerai cet art sans rétribution ni condition aucune, je donnerai libre accès aux connaissances et à l'enseignement de toute la discipline à mes fils en premier, puis aux fils de mon maître(...)"

Il parait bien naturel à un père de désirer voir son enfant lui succéder... En général, il choisit parmi ses fils, le plus apte à exercer, tant sur des critères intellectuels que physiques. Il devra posséder une santé solide, des nerfs d'acier, des aptitudes manuelles, et de bons résultats scolaires... Pas de place pour l'utopiste, le poète ou l'esthète!

b) L'étudiant en médecine

"Penser, c'est voir l' affirmait Balzac. Pour l'écrivain, né il y a deux cents ans, les médecins constituent les meilleurs observateurs de la société. Il emprunte à la médecine son vocabulaire, ses méthodes d'investigation. Il écrit d'ailleurs l'<u>Anatomie des corps enseignants</u>, <u>La Physiologie du mariage</u>, <u>Pathologie de la vie sociale</u>.

En lisant <u>le père Goriot</u>, on apprend à connaître l'étudiant Bianchon, (dont le personnage est inspiré du grand cardiologue Jean-Baptiste Bouillaud que Balzac connaissait bien), d'abord interne aux Capucins (hôpital de vénériens, boulevard du Port-Royal), puis interne à Cochin, où il prépare sa thèse. Il s'avère être un ami fidèle, de bon conseil, que l'on consulte en cas de détresse. C'est ainsi qu'à son camarade Rastignac, jeune provincial qui cherche à s'insérer dans la société parisienne, mais à qui malheureusement il manque les manières et l'argent, l'étudiant en médecine Bianchon explique: "Moi, je suis heureux de la petite existence que je me créerai en province, où je succéderai tout bêtement à mon père.

Les affections de l'homme se satisfont dans le plus petit cercle aussi pleinement que dans une immense circonférence (...) Notre bonheur, mon cher, tiendra toujours entre la plante de nos pieds et notre occiput ; et qu'il en coûte un million par an ou cent louis, la perception intrinsèque en est la même au-dedans de nous."

Charles Bovary deviendra le plus célèbre Officier de santé de la littérature française. Fils d'un ancien aide-chirurgien-major compromis dans des affaires de conscription et donc forcé de quitter le service vers 1812, Charles est envoyé au collège de Rouen où il se maintient vers le milieu de la classe et remporte même le premier accessit d'histoire naturelle. Ses parents décident de lui faire étudier la médecine : "Sa mère lui choisit une chambre au 4ème, sur l'eau-de-Robec, chez un teinturier de sa connaissance. Elle conclut les arrangements pour sa pension, se procura des meubles, une table et deux chaises, fit venir de chez elle un vieux lit en merisier, et acheta de plus un vieux poêle en fonte, avec la provision de bois qui devait chauffer son pauvre enfant. Puis elle partit au bout de la semaine après mille recommandations de se bien conduire, maintenant qu'il allait être abandonné à lui-même.

Le programme des cours, qu'il lut sur l'affiche, lui fit l'effet d'étourdissement; cours d'anatomie, cours de pathologie, cours de physiologie, cours de pharmacie, cours de chimie, et de botanique, et de clinique, et de thérapeutique, sans compter l'hygiène, ni la matière médicale, tous noms dont il ignorait les étymologies et qui étaient comme autant de sanctuaires pleins d'augustes ténèbres."

Il serait bien caricatural de définir de façon globale la mentalité des étudiants en médecine au XIXème siècle : en effet, de nombreuses disparités existent d'une région, d'une ville à l'autre...C'est ainsi que l'on perçoit beaucoup de sérieux à Strasbourg, beaucoup de bavardage philosophique à Montpellier! (32)

Cédons cependant au charme des images d'Epinal : à Paris, souvent habillés négligemment (contrairement aux étudiants en Droit) les étudiants en médecine s'alcoolisent et fument exagérément. Encanaillés par le répertoire fortement imprégné de l'obsession vénérienne de leur bréviaire, les "Carabins" se distinguent en ville par leurs mauvaises fréquentations. Certains étudiants sont compromis dans des affaires de moeurs, auprès de prostituées peu "recommandables"; d'autres s'endettent

aux jeux...(32) Les étudiants en médecine sont en fait exposés à de nombreuses tentations, car, porteurs de la connaissance, ils suscitent, chez les autres, une sorte de fascination. Par le divertissement, ils veulent également exorciser la peur obsédante de la maladie, de la mort et de la souffrance.

En Province, les étudiants sont beaucoup plus surveillés par leurs maîtres, car ils représentent un nombre moins important d'élèves qu'à Paris. En outre, la réglementation de l'école en Province est plus rigoureuse. (Cf. supra)

L'air studieux, ils arpentent "le" boulevard, et conversent de philosophie avec la Jeunesse dans des Cafés bien fréquentés.

Charles Bovary aspire cependant à une vie dissolue : " Naturellement, par nonchalance, il en vint à se délier de toutes les résolutions qu'il s'était faites. Une fois, il manqua la visite, le lendemain son cours, et, savourant la paresse, peu à peu, n'y retourna plus. Il prit l'habitude du cabaret, avec la passion des dominos (...). Grâce à ces travaux préparatoires, il échoua complètement à son examen d'Officier de santé."

En France, dès le début du XIXème siècle, l'enseignement clinique est devenu essentiel dans le programme de l'Ecole centrale de santé puis des trois facultés françaises. Il est une des idées majeure de la première moitié du XIXème siècle.

Autrefois réservé aux spectateurs chanceux des cours donnés par Desault (1744-1795) et Desbois (1750-1786) dans les hôpitaux de Paris, par M.A. Petit (1756-1811) et Cartier (1768-1839) dans ceux de Lyon, l'enseignement "au lit du malade" devient obligatoire pour tous les étudiants en médecine.

Ainsi, ils doivent fréquenter à la fois les salles de cours à la faculté, les amphithéâtres de dissection et les salles des hôpitaux. (12)

L'enseignement clinique condense presque totalement la formation dans des cours pratiques de médecine, de chirurgie et de pharmacie.

Ainsi, les étudiants apprennent à observer les signes cliniques de telle ou telle pathologie, interrogent le malade, interprètent ses réponses, selon une démarche diagnostique logique et systématique. Ils mettent en pratique de nouvelles méthodes simples récemment introduites, telles que la palpation chère à Corvisart (1755-1821), la percussion codifiée par Auenbrugger (1722-1798), l'auscultation médiate pratiquée à l'aide du stéthoscope mis au point par Laennec (1781-1826).

Les vocations de dévouement des élèves s'expriment déjà pendant leurs études. J. Léonard, ancien élève de l'Ecole Normale



Supérieure de Saint-Cloud, agrégé d'histoire, en signale quelques exemples fréquents : chargés de corvées désagréables pendant les crises épidémiques ; certains reçoivent des félicitations publiques, lors des choléras de 1832, 1849, 1854, 1866. Ils sont même parfois récompensés par des remises de frais universitaires.

De 1825 à 1846, la mortalité des étudiants en médecine serait d'un décès pour 50 étudiants, contre un décès pour 80 étudiants en Droit. On comprend mieux l'anxiété des familles quand un enfant se dirige vers cette discipline...

d) Le médecin

Au XIXème siècle, on compte deux ordres de médecins : les Docteurs en médecine et les Officiers de santé, comme nous l'avons vu précédemment, suite au décret du 13 Ventôse de l'An XI (13 mars 1803).

L'Officier de santé exerce le plus souvent à la campagne et prodigue ses soins aux pauvres. On peut y entrevoir une réelle volonté d'ouvrir une médecine officielle à tous. L'Officier de santé est malheureusement souvent considéré comme un médecin "au rabais". Selon un témoignage d'époque d'Ecarnot, dans un ouvrage intitulé <u>Les Gens de médecine vus au milieu du XIXème siècle</u>, Son allure se présente ainsi : couvert d'un chapeau à larges bords défoncé ou enfoncé, une physionomie brave homme, une cravate en corde, une redingote, un pantalon coutil rayé bleu et blanc, boutons en os, des dessous de pied de dix-huit pouces de longueur et une tabatière de quinze pouces de circonférence, habituellement monté sur un cheval à la silhouette épaisse et robuste.(18)

L'apparence du médecin de ville semble bien différente : il porte un habit neuf, auquel il adjoint un paletot, un chapeau haut de forme, des souliers cirés. La toilette du médecin doit être doctorale : habit noir, chemise à jabot d'une extrême finesse, ampleur du vêtement. "encore jeune, il peut avoir la taille serrée, des gants jaunes et des bottes vernies ; mais ce dandysme facultatif fait sourire les vieilles réputations" (40). Il préfère se déplacer en voiture car "faire son chemin à pied quand on a la renommée pour but, c'est vouloir arriver tard, ou plutôt n'arriver jamais"(18). Balzac écrit également de façon cynique : "en médecine, le cabriolet est plus





nécessaire que le savoir". Certes, la population assez crédule, reste longtemps sensible aux apparences plutôt qu'au savoir-faire...

Bien sûr ces portraits demeurent très caricaturaux. Entre le médecin de ville à l'apparence soignée et le médecin de campagne, à la redingote mitée, il existe toute une catégorie de médecins qui se situe entre ces deux extrêmes.

Ainsi, certains médecins de ville, appelés "médecins de quartiers", vivent misérablement. Leur petite clientèle est constituée de la population des classes moyennes. Il est souvent difficile de faire payer sa visite...C'est le cas du Dr Poulain, parisien arriviste, personnage du <u>Cousin Pons</u> de Balzac: "Le jeune avocat sans cause, le jeune médecin sans clients sont les deux plus grandes expressions du Désespoir décent, particulier à la ville de Paris, ce désespoir muet et froid, vêtu d'un habit et d'un pantalon noir à coutures blanchies qui rappellent le zinc de la mansarde, d'un gilet de satin luisant, d'un chapeau ménagé saintement, de vieux gants et de chemises en calicot.(...) Quand deux amis se rencontrent, à vingt ans de distance, le riche évite alors son camarade pauvre, il ne le reconnaît pas, il s'épouvante des abîmes que la destinée a mis entre eux. (...) Combien d'anciens amis évitaient le docteur à l'aspect de sa redingote et de son gilet!" (37)

B. Démographie médicale

a) Répartition des médecins

Dès 1803, la loi impose à l'administration le devoir de former chaque année la liste des docteurs en médecine et en chirurgie, et des pharmaciens reçus dans les écoles spéciales, domiciliés dans chaque département, ainsi que les officiers de santé et les sages-femmes. Les listes générales doivent être imprimées et publiées tous les 5 ans. Chaque année, on doit faire connaître par des listes supplémentaires les personnes qui ont acquis récemment le droit d'exercer l'une des professions soumise à la police médicale. (53)

A partir de 1856 est ordonné un recensement quinquennal du personnel médical, coïncidant avec celui de la population. Il s'agit donc de connaître, voire de maîtriser, une démographie médicale mise en relation avec les besoins de la population. Puis la loi de 1892 exige le

compte-rendu d'une statistique annuelle à la fois pour guider l'installation des jeunes médecins et pour les protéger de l'exercice illégal.(48)

Malgré les biais, les statistiques montrent tout d'abord ce que l'on a appelé "l'encombrement médical" vers 1844, avec une densité de 1 habitants. médecin pour 1750 Puis succède une période "démédicalisation": vers 1881, le pays ne possède plus qu'un médecin pour 2537 habitant, alors que paradoxalement, le recours aux soins a augmenté de façon sensible. Ensuite, malgré les biais, les statistiques indiquent une nouvelle période de "remédicalisation" de notre pays. De 1875 à 1900, les effectifs du corps médical augmentent de moitié, passant de 10.000 à 16.000 correspond membres, ce qui à une nette augmentation taux d'encadrement.(20)

La répartition des médecins sur le territoire français apparaît inégale d'une région à l'autre. La hausse est spectaculaire dans les départements urbanisés (Rhône). Ensuite, la supériorité du bassin méditerranéen est fortement concurrencée dès 1876 par l'est du bassin parisien, là où d'autre signes de modernité coexistent comme l'alphabétisation, la richesse... Les bassins réfractaires se réduisent à la Bretagne occidentale, au sud-est du massif central et aux Alpes.

Les femmes sont restées exclues de la profession médicale jusqu'à la fin du XIXème siècle, et se sont "cantonnées" dans des professions dites "auxiliaires", telles la garde-malade, la sage-femme. L'entrée même des universités et des facultés leur est interdite. La première femme diplômée en médecine de l'époque contemporaine est une Anglaise s'appelant Elisabeth Blackwell, qui est allée chercher son titre jusqu'à l'école de médecine de Genève, dans l'Etat de New-York, en 1849. En France, On compte 87 femmes pratiquant la médecine en 1900.(6)

b) Carte hospitalière

D'après des statistiques réalisées au 1er janvier 1869, on dénombre 1557 hôpitaux et hospices sur le territoire français (dont 172 construits sous le Second Empire). En 1898, 1684 Etablissements hospitaliers sont recensés. (19)

On pourrait expliquer cette augmentation par exemple par le travail salarié des femmes. De même, les progrès de la science

nécessitent l'installation de moyens modernes et coûteux, et attirent dans les hôpitaux des classes plus aisées.

A la fin de l'Ancien Régime, on compte 100.000 lits disponibles en France ; ce nombre passe à 200.000 à la fin du XIXème siècle.

La répartition géographique des hôpitaux sur le territoire apparaît très inégale selon les régions : il en existe un grand nombre dans le département du Nord, du Vaucluse, du Var, alors que les départements de la Loire et du Centre en sont dépourvus. En fait, la loi du 16 Vendémiaire de l'an V (7 octobre 1796) confie la gestion administrative et financière des hôpitaux aux communes, d'où une répartition géographique anarchique des établissements. (9)

C. Pratique quotidienne

a) Des ressources thérapeutiques réduites

Au cours du XIXème siècle, se sont succédées plusieurs écoles ou doctrines, les prescriptions suivant le cours des modes.

1) Des remèdes hasardeux

Au début du siècle, certaines vieilles croyances semblaient encore bien ancrées dans la pratique, ce qui prouve le charlatanisme des soignants sans diplôme et l'obscurantisme des patients. Loïc Girre relève dans la littérature quelques exemples triviaux dans son ouvrage <u>Les Vieux Remèdes Naturels</u>.

Ainsi, rien de tel pour soigner une méningite que d'ouvrir un pigeon en deux moitiés et de l'appliquer bien chaud sur la tête du malade; on peut également lui appliquer un cataplasme d'oignon sur la plante des pieds. Contre la douleur provenant d'un effort, appliquer un cataplasme de bouse de vache ou de fiente de porc. Les abcès sont également soignés par des applications de bouse de vache; quand aux gerçures, engelures et certaines plaies, il faut les tremper dans l'urine. Pour guérir la pleurésie, prenez plein la main de fiente de mulet ou de cheval, si le malade est un homme, de fiente d'ânesse ou de jument, si c'est une femme; après 24 heures d'infusion dans une chopine de vin blanc, passez le tout au travers d'un linge et faites boire au malade cette liqueur, à jeun... (23)

Ces remèdes obscurs, reconnus ou non, s'adressent aux affections rebelles et effrayantes devant lesquelles la médecine officielle avoue son incapacité. Certains remèdes semblent cependant légaux sous l'Ancien Régime. C'est le cas des préparations Kunchel contre les maladies cancéreuses, dartreuses, vénériennes, scrofuleuses et la teigne. L'efficacité d'une telle pommade semble tout de même douteuse dans des indications aussi diversifiées...Contre les maladies des yeux se retrouvent associés les remèdes tolérés comme les pommades ophtalmiques du Régent ou de la veuve Farnier, des créations nouvelles comme la pommade du parfumeur Imbert.(20)

Nous pouvons remarquer qu'à cette époque, les vers représentent une des plus fréquentes étiologies des maladies, d'où l'existence de nombreux vermifuges, de mixtures, baumes et sirops anti-vermineux préparés par les soeurs, les pharmaciens et les inventeurs de toute catégorie.

Parallèlement à l'existence de ces remèdes douteux, une véritable médecine populaire, s'appuyant sur la découverte progressive des vertus curatives des plantes, se développe. Ainsi, retenons que le décocté de feuilles de gui est alors très employé dans le traitement de l'hypertension artérielle, le laurier noble est employé dans le traitement des brûlures : "écraser des feuilles de laurier, ajouter du gras de lard fondu et bouillant, mélanger le tout et l'appliquer sur la brûlure". Au XIXème siècle, on emploie le persil pour améliorer la digestion, une tisane de racines contre les maladies du foie, le suc contre la toux, l'asthme et la bronchite, un cataplasme de persil pour les inflammations des yeux, etc.(23).

2) Des pratiques aléatoires

Au milieu du XIXème, on a recours aux purges puis aux sangsues et aux vésicatoires. On définit ainsi la purgation : "L'effet produit par la purgation se traduit par une exaltation plus abondante des mucosités intestinales, une sécrétion plus active des sucs biliaires et pancréatiques et par des évacuations alvines composées de ces mucosités, de ces produits de sécrétion et des matières qui existaient déjà dans l'intestin. Les purgations sont déterminées dans le but d'obtenir un effet local sur l'intestin ou d'agir sur le foie soit dans les affections intestinales ou hépatiques, soit simplement pour vider le rectum avant une opération. Dans

d'autres cas, on veut obtenir un effet général, ainsi que cela se produit dans les hydropisies, l'apoplexie, etc. "(12).

La hantise du vice du sang constitue la vision populaire de la maladie, d'où la création de nombreux remèdes secrets affichant leurs vertus dépuratives : l'eau de cannelle vierge de la veuve Tracet "fait sortir les humeurs rentrées, purifie et renouvelle le sang". Ces mêmes vertus sont revendiquées par le café de la D^{lle} Gambon, le topique Caleppe, la tisane Quantin, le vin anti-cholérique de Chalgny.(20).

L'utilisation des sangsues, au même titre que les ventouses, les vésicatoires et les frictions, ont pour but de soulager les organes internes en attirant le sang et les "humeurs nocives" vers la peau. Les sangsues sont employées depuis le XVIIème siècle comme le souligne Jean Pierre Camus dans Palombe ou la femme honorable en 1625 : "les sangsues que les médecins appliquent au corps pour le purger, tirent le sang, non tant pour donner la santé à ceux qu'elles piquent, que pour en gorger leur avidité : les rois établissent souvent des personnes pour purger l'injustice des peuples, mais ils les purgent si bien qu'ils tirent le bon et le mauvais, non tant pour faim et soif qu'ils aient de la justice publique, et de bon règlement de l'establissement, que pour satisfaire à leur appétit particulier : et comme les sangsues tirent quelque fois tant de sang, que le bon s'en va alors que le gâté et le corps du patient tombent en syncope et défaillance : de même, à force de justice, on ruine toutes les parties, tant celles qui ont bon droit, que celles qui ont tort."

En les plaçant à différents endroits du corps et en modifiant la quantité de sangsues, les médecins peuvent doser plus finement la quantité de sang à extraire. Devant l'augmentation exponentielle de la pratique des saignées, un véritable commerce de sangsues s'instaure. Ainsi, la récolte des sangsues dans les marais de certaines régions, comme dans les Vosges par exemple, devient une activité prospère que relaie bientôt l'hirudiniculture. Quelques départements comme la Loire inférieure sont exportateurs. Ensuite les Français sont même dans l'obligation d'en importer de Bohème, de Hongrie, de Belgique, d'Algérie, d'Espagne, de Toscane : 33 millions en 1827, 41 millions en 1833, 30 millions en 1844. (32). Elles coûtent 15 à 60 francs le mille, selon la taille vers 1810, elles montent à 100-350 francs le mille en 1846. Puis, la mode passe ; d'ailleurs à pousser à l'extrême l'emploi de sangsues, les médecins commettent des erreurs fatales, notamment vers 1820-1840. Il nous est facile d'imaginer que de telles pratiques peuvent nuire de façon vitale à un patient déjà anémié ou porteur

d'une cardiopathie ischémique par exemple, le conduisant à la survenue d'un accident coronarien ou d'un choc hémorragique...

Vers la fin du XIXème siècle, les médecins ont plus facilement recours à l'application de ventouses et de révulsifs. De même, les sétons, cautères, moxas*, vésicatoires, cataplasmes, cantharides*, ainsi que les tisanes, sirops, pommades, constituent la panoplie ordinaire du médecin français du XIXème siècle. Tous les cas d'irritation nécessitent une thérapeutique sédative (diète, bains, émollients...), si le patient est au contraire affaibli, le médecin utilise alors une méthode tonique (Quinquina, fortifiants, viandes, oeufs et lait, dit "lait de poule"...). Tels sont les grands principes en matière de traitement à cette époque.

Les progrès en matière d'analgésie et de technique chirurgicale ont été fondamentaux au cours des campagnes napoléoniennes. Lors de la bataille d'Eylau en 1807, les chirurgiens découvrent ce que l'on appellera plus tard "l'hibernation": en effet, malgré des blessures effrayantes, certains soldats, couchés à demi-nus dans la neige ne semblent guère souffrir. Ils sont en fait anesthésiés par le froid. Après la bataille de Friedland, Dominique Larrey, jeune chirurgien de l'armée du Rhin écrit Les mémoires de chirurgie militaire en campagne, il insiste sur les techniques de désarticulation des membres, atténuant la douleur endurée par les blessés. A ce propos, Gama, un des grands chirurgiens de guerre de la Révolution et de l'Empire, écrit : "Afin d'atténuer la souffrance des blessés, le chirurgien doit profiter habilement de exaltation des esprits pour faire des opérations majeures. Il faut saisir le moment où le blessé a le coeur gonflé d'honneur". Le concept même de douleur en tant qu'entité physique et psychologique est donc abordé au XIXème siècle.(16).

3) Des progrès pharmaceutiques et techniques

La thérapeutique est le siège d'immenses progrès, surtout lors de la deuxième partie du siècle, notamment grâce à la survenue de grandes épidémies, en France et en Europe, comme par exemple le choléra de 1832.

Il serait difficile d'en dresser une liste exhaustive, cependant on peut citer quelques étapes décisives : la découverte de la quinine (1820) et de la codéine (1832), la colchicine, la morphine, la parution du premier Codex* en langue française (1837), la vaccination, les antitoxines, la caféine, la strychnine.

Balzac écrit dans La peau de chagrin : "L'académie a cependant reconnu l'existence de la saliciline, mais la saliciline. la vauqueline*. la digitaline, l'asparagine, ne sont pas découvertes...-faute de pouvoir inventer des choses, dit Raphaël, il parait que vous êtes réduits à inventer des noms". C'est pourtant en 1805 que les pharmaciens-chimistes Jean Robiquet et Nicolas Vauquelin isolent l'asparagine, extraite du suc d'asperge ou des racines de guimauve. En 1828, le pharmacien français Pierre Joseph Leroux élabore les premiers comprimés de salicyline à partir d'extraits d'écorce de Salix alba (Saule). La digitale, quant à elle, est employée dans la première moitié du XIXème siècle comme un diurétique strict ou dans certaines indications aventureuses telles que la tuberculose ou les affections neurologiques; ce qui fait dire à René Théophile Laennec: "j'avoue que l'action de la digitale ne m'a jamais paru bien évidente".(36).

Ainsi, de nouvelles thérapeutiques viennent enrichir la pharmacopée, favorisant ainsi le développement de l'industrie pharmaceutique, alors que le Pays se trouve en pleine révolution industrielle.

Dans le domaine de la chirurgie, nous pouvons remarquer de grands changements, aussi bien au niveau des techniques, de l'appareillage, mais également des mentalités.

La découverte de l'anesthésie modifie de façon capitale l'acte opératoire, en supprimant l'atroce douleur qui en résultait. Le 16 octobre 1846, John Collins Warren, un chirurgien américain de Boston, extrait une tumeur cervicale d'un patient endormi avec des inhalations d'éther. En France, à l'hôpital Saint Louis, une opération est réussie le 22 décembre 1846 avec le même procédé d'anesthésie. En 1831, le français Soubeiran, alors directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, découvre le chloroforme. C'est ainsi que s'affrontent les partisans de l'éther (des hôpitaux lyonnais) et les partisans du chloroforme (hôpitaux de Paris). J.B. Simonin, à Nancy, apporte quant à lui une importante contribution à la physiopathologie de l'anesthésie.

Puis les chirurgiens sont capables de limiter les hémorragies lors de l'acte opératoire, si souvent responsables du décès du patient, grâce à l'invention des pinces hémostatiques par le français Koeberlé (Strasbourg 1864), puis par Péan (Paris 1868).

Mais le progrès majeur en chirurgie reste l'application de la notion d'asepsie et d'antisepsie. Comme nous le savons, le principe de l'asepsie consiste à éviter la présence de germes pour assurer l'absence de survenue d'infection. Tout d'abord, en 1846, Sommelweis, en Autriche, suggère que la survenue des fièvres puerpérales chez les jeunes accouchées, est liée à la transmission manue portée par les médecins, peu soucieux de l'hygiène. Il leur recommande donc un nettoyage soigneux des mains, ce qui permet de voir chuter la fréquence des accidents infectieux mortels. Malheureusement, ces précautions indispensables et si efficaces ne sont pas accueillies avec bienveillance dans le milieu médical. Il faut attendre 1880 pour que les chirurgiens portent des gants de façon systématique.

L'antisepsie consiste à supprimer les germes responsables d'infections. Listen démontre que les suites opératoires sont moins à risque de complications infectieuses, s'il utilise un jet liquide à base de phénol pendant son intervention chirurgicale. Il publie un article en 1867. Progressivement, sa méthode est acceptée et utilisée par tous les chirurgiens dans les années 1880.

Ainsi, les traitements restent du domaine de l'empirisme à cette époque. Malgré tout, des progrès considérables ont été réalisés au cours de ce siècle ; par tâtonnements, une nouvelle conception de la thérapeutique s'amorce...

Le XIXème siècle a vu naître tout une quantité d'appareils de mesure, inventés par des savants très ingénieux. Certains outils sont encore en usage de nos jours.

L'activité cardio-vasculaire est explorée par la mesure de la fréquence cardiaque grâce au sphygmomètre de Hérisson en 1835, où les battements cardiaques sont transmis à une colonne de mercure ; la pression artérielle est appréciée par le sphygmomanomètre de Potain. L'auscultation médiate fait place à l'utilisation du stéthoscope, inventé par Laennec, dès 1820. L'histoire de la découverte du fameux cylindre mérite d'être contée :

"Je fus consulté en 1806, écrit Laënnec, pour une jeune personne qui présentait des symptômes de maladie de coeur et chez laquelle l'application de la main et de la percussion donnait peu de résultats à cause de l'embonpoint. L'âge et le sexe de la malade m'interdisant l'auscultation médiate (appliquer l'oreille sur la poitrine), je vins à me rappeler un phénomène d'acoustique fort connu : si l'on applique l'oreille à l'extrémité d'une poutre on entend très distinctement un coup d'épingle donné à l'autre bout. Je pris un cahier de papier, j'en formai un rouleau fortement serré dont j'appliquai une extrémité sur la région précordiale et, posant l'oreille à l'autre bout, je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du coeur d'une manière beaucoup plus forte et beaucoup plus distincte que je ne l'avais fait par l'application immédiate de l'oreille". (11)

L'électrocardiogramme est enregistré pour la première fois à la fin du siècle, par le Hollandais Einthoven.

D'autres appareils sont utilisés comme l'ophtalmoscope pour l'examen du fond d'oeil en 1851, les systèmes pourvus d'un éclairage incorporé, comme pour la réalisation de la cystoscopie, en 1880, ou de l'oesophago-gastroscopie, en 1881...

A la fin du siècle, des progrès techniques ont lieu. La découverte des rayons X le 28 décembre 1895 par le physicien allemand Röntgen, permet le développement de la radioscopie. Puis Becquerel, physicien français découvre en 1896 la radioactivité. Pierre et Marie Curie mettent en évidence le Plonium puis le Radium en 1898. Le prix Nobel de physique est partagé entre ces trois éminents scientifiques en 1903. Ces découvertes ouvrent la voie à de nombreuses applications, notamment dans le domaine de l'oncologie.

b) Mode d'exercice

Pratiquer la médecine n'est déjà pas de tout repos, cela nécessite de grandes facultés physiques et intellectuelles. La pratique quotidienne est variable selon le lieu d'exercice : à la campagne, en ville, ou en milieu hospitalier. Cependant, une même passion anime tous ces médecins : celle des autres.

1) En milieu rural

Le médecin de campagne n'est pas ou médecin, ou chirurgien, ou accoucheur, ou dentiste, ou pédicure, ou

homéopathe, il est à la fois sans changer de costume, médecin, chirurgien, accoucheur, pédicure, homéopathe. Sa spécialité est d'être universel.(18)

Ecarnot nous décrit la vie du médecin de village avec compassion : "Eloigné du luxe des villes et des vanités des riches, il vit de peu et cumule des espérances. Dans nos temps de rude misère et de travail sans fin, il marche et se résigne. Que le soleil brûle la terre ou que le givre la blanchisse, il va, le jour, la nuit, à toute heure, où la maladie l'appelle ; rien ne le distrait d'une vie qui n'est plus à lui. Avec quoi la remplirait-il ? Il n'y a pour lui ni soirées, ni spectacles, ni réunions, ni romans nouveaux, ni politique nouvelle. Il part le matin et rentre au logis le soir, déjeunant où il plaît à Dieu, et dînant quand il dîne."(18)

Le médecin de campagne n'est ni docteur en médecine, ni docteur ès-science. Il n'a pas suivi ses cours de médecine dans telle ou telle faculté, il n'a pas opéré sous tel ou tel grand chirurgien. Son cabinet ne ressemble pas à l'image d'un homme érudit par des lectures qu'il ne lit pas : "On y voit modestement un bureau en chêne verreux et une chaise en merisier boiteux ; un encrier séculaire et une plume bissextile ; un dictionnaire de médecine et un chansonnier de l'An VIII ; un fusil double à pierre et une carnassière en peau sans poils ; une perdrix empaillée sous un globe fêlé et un cartel stationnaire sur un socle ébréché ; quatre pipes variées, un baromètre invariable, deux paires de bottes, trois pantoufles, une guêtre, du cirage dans un scapulum, une savonnette dans un coco, une bouteille de rhum et deux verres. Voilà tout."(18)

Le médecin de campagne ne "consulte" pas à heures fixes, la population rurale semblant peu disciplinable. Il s'attend à voir arriver ses patients très tôt le matin, et très tard le soir, avant ou après leur travail. Il assure une permanence les jours de foire ou de marché, et reste disponible même le dimanche après la messe.

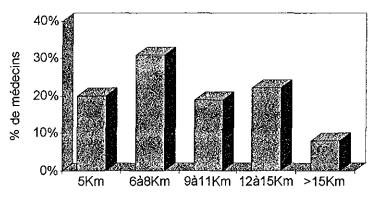
Le praticien de campagne est tributaire des distances. La majeure partie de son travail consiste à rendre visite aux malades. En effet, vers 1850, 91% des Français habitent en milieu rural et en 1891, ils sont encore 75%.(32). Il connaît bien sûr la région par coeur, et se déplace avec un fidèle compagnon : son cheval.

Les visites de nuit sont particulièrement dangereuses : le cheval risque de se blesser lors des déplacements, la voiture de se renverser dans un fossé. De plus, on peut parfois faire de mauvaises rencontres. C'est ainsi qu'en 1848, l'Officier de santé Guyon, de Bonnétable (Sarthe), s'arme de son pistolet pour sillonner la campagne.(32) S'il fait nuit noire, le médecin emporte avec lui le fameux briquet à silex afin de s'éclairer. Ce n'est qu'après 1860 qu'il utilise les allumettes suédoises au phosphore rouge.

Le médecin de campagne n'effectue que très peu d'actes par jour. Par exemple, Fidèle Cornudet, docteur à la Roche-Bernard, d'excellente réputation, fait rarement en 1812 plus d'un acte par jour, en dehors de sa ville. Son rayon d'action moyen atteint 14 Km avec des pointes exceptionnelles à 30 Km de chez lui.

D'après une enquête de 1853, fondée sur des appréciations peu vérifiables, provenant des médecins conseils d'hygiène, nous pouvons remarquer qu'il existe une variation du rayon d'action moyen d'un médecin à l'autre, le maximum n'excédant pas 15 Km:

Répartition des médecins



Rayon d'action moyen

Loin des préoccupations des hôpitaux ou des patrons citadins, épié par les charlatans qui ne cherchent qu'à exploiter ses erreurs, le médecin de campagne doit prendre seul de graves décisions, poser un diagnostic avec comme seul outil ses mains qui palpent, percutent, ses oreilles qui écoutent via le mouchoir d'auscultation, puis le cylindre de Laennec.

C'est le cas du Dr Sprauel, médecin d'origine alsacienne, installé à Rosières aux Salines en 1884, après avoir passé sa thèse à Nancy le 8 août 1880 sur le sujet : "Considérations cliniques sur l'amputation tibio-calcanéenne, procédé Pasquier, modifié par Boeckel".

Rosières aux Salines a fait la fortune des Ducs de Lorraine jusqu'en 1790, où on a dû fermer les établissements d'exploitation de sources salées, en activité depuis le XIIème siècle, en raison d'une consommation de bois considérable.

En 1884, on dénombre à Rosières 2300 habitants environ, dont 20 familles de notables en comptant les officiers du haras, installés dans les bâtiments de la vieille saline. Les cultivateurs sont nombreux et les ouvriers de l'usine Solvay commencent à déborder le territoire de Dombasles.

C'est dans ce contexte que le Dr Sprauel organise sa vie professionnelle : "Il y avait tout d'abord et avant tout, sans quoi l'exercice de la médecine aurait été impossible, il y avait les chevaux. Il leur donnait des noms pittoresques : Pilule, Lancette, Scalpel. L'un de ces braves auxiliaires, quand il passait devant la forge de Rosières, voulait y entrer et y rester ; un autre, quand il traversait Blainville, allait faire du piaffé sur une trappe de cave, et toujours la même, jusqu'au moment où la propriétaire de la maison ouvrait sa fenêtre et disait : "c'est encore vous Monsieur Sprauel". Après les chevaux venaient les chiens. C'étaient Fritz ou Turc qui gambadaient autour des chevaux qui les laissaient faire parce qu'ils étaient commensaux ; mais qui, les soirs d'hivers, quand la nuit tombe tôt, à une époque où les routes étaient peu fréquentées, devenaient des gardiens vigilants et redoutables. (...)

Tout se passait à l'époque comme si le temps ne valait rien. Il fallait trois heures pour aller et revenir d'un village un peu éloigné; quel était l'horaire d'un médecin de campagne? Levé tôt, cinq heures en été, six heures en hiver, le docteur Sprauel partait en voiture, parfois avant le lever du jour. Il revenait ensuite faire, dans Rosières même, des visites à bicyclette, pour ménager les chevaux.

Il "dînait" à dix heures, et "soupait" à cinq heures du soir. C'étaient encore des manières de vivre de la vieille France. Sitôt après dîner, il reprenait la voiture et faisait la "tournée". Le territoire était vaste et on faisait des circuits à jour fixe. Il y avait des relais dans les villages, chez les "chères soeurs" encore, car si elles faisaient l'école, elles soignaient aussi les malades, soit d'elles-mêmes, pour les petites affections, soit comme

auxiliaires du médecin. Leur rôle était important et elles étaient extrêmement utiles vu la lenteur des communications.(...)

Ouelle médecine faisait-on alors ?

La voici presque entière, tout au moins quant à la thérapeutique : du mercure pour les affections à tréponème, de la digitale pour les cardiaques, de la créosote et des "fortifiants" pour les bacillaires, de la révulsion et des expectorants pour les pulmonaires aigus et, enfin, du salicylate de soude pour les rhumatisants ; c'était à peu près tout.

Mais il y avait pour le médecin de campagne une partie chirurgicale importante. Je ne parle pas de la petite chirurgie que tout médecin pratique encore, mais des interventions plus importantes sur les mains en particulier. Mais surtout, il y avait une urgence à ne pas différer et pour laquelle on était, la plupart du temps, appelé très tard, pour ne pas dire trop tard : c'était la hernie étranglée. Il n'était en effet pas question de l'adresser à Lunéville ou à Nancy comme une appendicite qui "refroidissait mal", les moyens de communication étant trop lents et inconfortables.

Il fallait passer aux actes et rapidement; souvent on opérait, en raison de la proximité de la pompe et de la "pierre d'eau", sur la longue table de la cuisine campagnarde recouverte d'une nappe fraîchement sortie de l'armoire lorraine. On travaillait dans des odeurs de nourriture rustique, à la lumière incertaine d'une lampe à pétrole qu'un homme courageux devait tenir "droite et proche", ce qui n'était pas commode. Quant à l'anesthésie, elle consistait en une sérieuse rasade de mirabelle, prise un quart d'heure avant l'intervention.(...)" (43)

On peut s'imaginer que le Dr Sprauel devait avoir une santé de fer pour mener une telle vie. Bien sûr, il était résistant puisqu'il a mené cette existence de praticien pendant de nombreuses années, cependant il était de nature migraineuse et sujet aux épigastralgies (sans doute symptomatiques d'un ulcère gastro-duodénal?).

Le Dr Sprauel était-il rémunéré comme il le méritait ?

A cette époque, le prix des visites et des consultations nous semble dérisoire, mais un Napoléon est une pièce d'or... "Il y avait pourtant des salaires de misère, c'était le traitement que lui versaient de puissantes usines, en pleine expansion, avec des trésoreries bien fournies. Elles versaient au médecin 6 francs par an et par foyer. Et le foyer, c'était évidemment les parents et les enfants, mais aussi les grand-parents souvent, et les orphelins recueillis.(...)

Et pour ce prix forfaitaire et dérisoire, le praticien devait répondre à tous les appels, de jour, de nuit, de dimanche, de fête, comme des jours ouvrables".(43)

Ainsi, au temps de Louis-Philippe, un officier de santé gagne entre 600 et 700 francs par an en Haute-Garonne, puis entre 1200 et 1400 francs par an dans les années 1820. (32) Un docteur peut gagner entre 2000 et 7000 francs par an. Stendhal attribue 7000 à 8000 francs de recette annuelle au Dr Sansfin, en Basse-Normandie. Les revenus sont susceptibles d'être très variable d'une année à l'autre, car tout médecin est à la merci d'une crise de confiance de sa clientèle. Ainsi, l'examen des recettes du Dr Robert, de Chaumont objective des variations énormes : 10.186 francs en 1851, 4658 francs en 1852, 9303 francs en 1856, 5087 francs en 1857. (32)

Dans le dernier tiers du siècle, les revenus s'accroissent sensiblement, surtout entre 1865 et 1880, et après 1890. Cependant, parallèlement, le coût de la vie, et notamment les impôts et les loyers, sont en réelle augmentation.

Les médecins négocient la rétribution à l'acte, cependant les systèmes urbains (les dispensaires) demeurent attachés au forfait. Le salaire de 2000 f par an versé à chaque médecin à Lyon et à S^t-Etienne demeure inchangé entre 1884 et 1914. Dans les systèmes départementaux créés par la loi de 1893, la rétribution à la visite emporte tous les suffrages et 49 départements adoptent ce choix. Fixée à 1.50F, la visite parait peu payée par rapport à ce qui se pratique en clientèle (4 à 6 F) et à ce que les médecins réclament plus tard aux sociétés de secours mutuel . La tarification des consultations, quant à elle, n'excède pas 1 F. Les indemnités de déplacement sont l'objet de débats acharnés. Les Conseils Généraux n'attribuent souvent que 0.50 F à 0.75 F du kilomètre, en fonction de la topographie, alors que les médecins en demandent le double. Parfois même, certains Conseils généraux, pour limiter les dépenses, suppriment les frais de déplacement pour des visites effectuées dans la commune de résidence du médecin.(20)

En vérité, la vie quotidienne du médecin de campagne au XIXème siècle n'est pas de tout repos, et l'on ne dira jamais assez fort tout le dévouement de ces hommes perdus et isolés dans leurs bourgades, payant de leur personnes au point de mourir à la tâche. Toute une littérature exalte le médecin de campagne qui s'emploie, avec dévotion et dans des conditions difficiles, à prodiguer des soins et à apporter la connaissance dans les milieux ruraux.

2) En ville

La ville, contrairement à l'isolement de la campagne, offre non seulement les avantages d'une vie sociale intense, avec ses cercles et ses théâtres, mais aussi la perspective d'une carrière professionnelle prometteuse.

L'ancien étudiant compte garder contact avec ses maîtres pour espérer conserver un pied à la faculté en tant qu'agrégé, ou en tant que médecin hospitalier. Non pas que le salaire soit alléchant, mais cela lui permet de s'établir une certaine réputation et ainsi de pouvoir pousser la porte des familles bourgeoises. Bien sûr cet état de fait reste vrai pour une petite minorité de médecins citadins. Il s'agit de ne pas avoir une vue quelque peu simplifiée des choses.

L'activité en ville est plus "rentable". En premier lieu, l'aristocratie et la grande bourgeoisie ont facilement recours aux professionnels de santé et ce depuis longtemps; ensuite, les trajets sont en général limités à la surface de la ville, aux rez-de-chaussée et aux premiers étages des immeubles, lieu d'habitation des classes aisées. (12)

Un témoignage d'époque nous rapporte l'existence d'un médecin professeur à la faculté : "Un médecin de Paris qui a une clientèle, un service dans un hôpital, un titre à la faculté et des chevaux à l'écurie, ce médecin-là étant surtout au monde pour ceux qui souffrent, se lève à cinq heures du matin pour rédiger, à tête reposée, ses observations sur les maladies de la veille (...). L'heure de son hôpital (7 heures) l'arrache à ce travail de cabinet (...). Il met dans tous les cas une précision mathématique à arriver à l'heure(...). A l'hôpital, il est chef de service ; ses malades, sa clinique, ses opérations l'absorbent tout entier jusqu'à 10 heures (...). Il est 11 heures quelques fois, et le médecin n'a pas quitté son tablier, ne s'est pas appartenu un seul instant (...).

Il rentre chez lui à 2 heures pour sa consultation (...). Chaque malade a pris quelques minutes du temps si précieux de l'homme de l'art.

Il interroge la pendule avec anxiété, et se voit parfois forcé de suspendre ses consultations, comme il a suspendu ses visites. Pour le médecin, c'est l'heure d'une nouvelle toilette ; ses clientes du grand monde l'attendent pour avoir de lui le bulletin de leur santé (...)" (33)

L'activité en ville apparaît donc pas de tout repos. Certains praticiens meurent en cours d'exercice, à cause d'un surmenage physique. En 1887, le médecin de marine Jean-Baptiste Gélineau constate que les médecins payent un lourd tribut lors de leur pratique quotidienne, et sont particulièrement exposés à l'angine de poitrine : "Cela s'explique aisément par la fatigue, les veilles que nous supportons, et par les ascensions constantes des nombreux escaliers que nous gravissons dans les grandes villes. Et puis, il faut le dire, la vie médicale a des côtés bien tristes. Si nous sommes témoins de pieux dévouements, d'abnégations qui s'ignorent elles-mêmes, de prodiges de bonté et de douceur inaltérables qui dilatent notre coeur, il se resserre bien plus souvent, il faut le dire, à la vue de tant de noires ingratitudes, de viles bassesses, de lâches abandons qui nous font voir l'humanité sous son jour le plus triste (...) Est-il étonnant que notre coeur s'use dans un tel combat! Au chevet d'un enfant, d'une épouse menacée par la mort, ne sommes nous pas regardés comme les arbitres de la destinée qui va se dénouer ? Dans la chaleur de la lutte, ne nous identifions-nous pas avec cette mère, cet époux, dont nous sommes le premier appui, le dernier espoir? Ne passons-nous pas aussi par mille sensations diverses et extrêmes? Ne pleurons-nous pas avec eux, ne nous réjouissons-nous pas de leurs espérances et ne sommes-nous pas déchirés par l'amertume des séparations éternelles ? Doit-on être surpris dès-lors, que quelques jours ces vibrations, ces oscillations, ces secousses, trouvant facilement le défaut de la cuirasse, viennent retentir sur notre coeur, et après lui avoir fait connaître l'angoisse morale, fassent naître en lui l'angoisse maladive de la sternalgie. C'est là, d'après nous, ce qui explique le grand nombre de cas observés chez les médecins."(36-22)

3) En milieu hospitalier

1. Naissance de la notion d'hôpital moderne

Loin de nous l'idée de développer de façon exhaustive ce chapitre concernant la naissance des hôpitaux. Nous voulons simplement esquisser l'évolution de la notion de médecine hospitalière.

Sous la Convention et le Directoire apparaissent le terme "hôpital" désignant un établissement qui accueille les malades et le

terme "hospice" destiné à l'accueil des vieillards et des infirmes. La distinction officielle est effective après la loi du 7 août 1851.

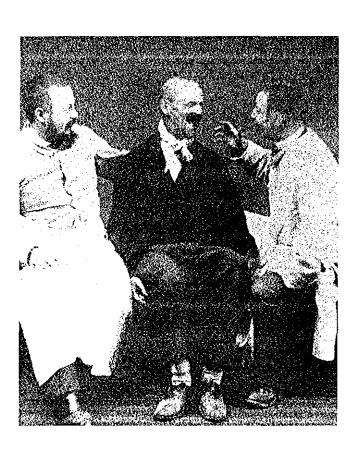
Dans "<u>le Curé de village</u>", Balzac écrit : " Cet hospice destiné aux vieillards indigents du Canton (…) aux femmes dénuées au moment de leurs couches et aux enfants trouvés, devait porter le nom d'hospice des Tascherons".

Dès 1817, les hôpitaux se spécialisent. Dans le dictionnaire des sciences médicales, on peut lire : "Hôpital : Dans les hôpitaux ou hôtels-Dieu des grandes villes (...) sont reçus les pauvres malades auxquels les secours du médecin ou du chirurgien (...) sont actuellement nécessaires ; à la réserve des dartreux, des cancéreux, des épileptiques, des enfants, des femmes en couche. Ces derniers trouvent les secours analogues à leur état dans les maisons exclusivement destinées à leur traitement. Ces maisons prennent en français, à la suite du titre générique d'hôpital, le génitif qui les caractérise d'une manière spéciale : hôpital des galeux, des vénériens, hospice des femmes en couches (...). Les hôpitaux spéciaux sont plus favorables à la guérison de leurs malades respectifs, que ne peuvent l'être ceux où les divers départements sont réunis, et même ceux où ils sont séparés, mais dans le même bâtiment. On ne se rappelle pas, sans frémir, que des femmes en couche, des fous, des blessés, étaient autrefois, à l'Hôtel-Dieu presque en contact d'inconvénients et de dangers réciproques".

Ainsi sont créés en 1802, à Paris, l'hôpital des Enfants-Malades, puis d'autres établissements accueillant les enfants, tels l'hôpital Bretonneau et le nouvel hôpital Trousseau.

De même, pour lutter contre les épidémies et favoriser l'isolement des patients contagieux, des salles particulières leur sont réservées. Par exemple, l'hôpital Broussais est spécialement construit à Paris pour permettre le traitement des malades atteints par le choléra.

Jusqu'au XIXème siècle, la législation s'est très peu préoccupée du sort des aliénés, le plus souvent enfermés dans des cabanons comme des animaux ou confondus dans les prisons pêle-mêle avec les vagabonds et les criminels. Les travaux des aliénistes de la fin du XVIIIème siècle et du début du XIXème, particulièrement ceux de Pinel, qui délivre en 1792, les fous au nombre de 53 enchaînés dans les cabanons de Bicêtre, les études d'Esquirol, de Ferus... créent en faveur des aliénés un mouvement d'opinion, qui amène la fondation d'asiles spéciaux et qui aboutit au vote de la loi du 30 juin 1838. En effet, elle impose dans chaque département, la



création d'un établissement public destiné spécialement à recevoir et soigner les aliénés. Dès lors, on distingue deux sortes d'établissements d'aliénés : les établissements publics et les établissements privés.

Les établissements publics d'aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique. Il sont administrés par un directeur responsable, nommé par le ministre de l'intérieur et soumis au contrôle d'une commission de surveillance nommée par le préfet. Les médecins en chef et médecins adjoints, receveurs et économes sont également nommés par le préfet.

Les quartiers d'aliénés dont la loi autorise l'existence dans les hospices affectés au traitement d'autres maladies ne peuvent être établis que dans des locaux entièrement séparés et permettant de soigner au moins 50 aliénés.

Les établissements privés d'aliénés, comme les asiles publics, sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Le procureur de la République doit visiter à des jours indéterminés, une fois au moins par semestre les établissements publics et une fois au moins par trimestre les établissements privés situés dans le ressort du tribunal. C'est ainsi qu'une enquête réalisée vers 1890, a exposé que "beaucoup de cellules sont privées d'air, de lumière, de chauffage, du mobilier le plus indispensable, placées près du dépôt des morts, reléguées dans les dépendances à côté des étables, dépourvues la nuit de toute surveillance". (9)

Le placement d'un aliéné dans un établissement public ou privé est volontaire ou ordonné d'office. Le placement volontaire est celui qui est fait par la famille. La démarche pour entreprendre ces placements est identique à celle d'aujourd'hui.

Depuis la loi du 10 août 1871, les dépenses du service des aliénés ne figurent plus au nombre des dépenses obligatoires des départements. Le département ne supporte en réalité que la partie de la dépense que les ressources de l'aliéné et de sa famille, les indemnités des hospices et le concours des communes ont laissé à découvert.

Les dépenses d'entretien, de séjour et de traitement des personnes placées sont d'abord à la charge de ces personnes. A défaut, à la charge de ceux à qui il peut être demandé des aliments... Si ces ressources ne suffisent pas, les hospices sont tenus à une indemnité proportionnelle au nombre des aliénés, dont, avant la loi de 1838, le traitement ou l'entretien était à leur charge,

d'après leurs titres de fondation ou de donation, ou d'après l'usage, et les communes à un concours proportionné à leurs ressources, et qui au terme des instructions ne peut dépasser un tiers de la dépense pour les communes ayant 100000 francs de revenus et toujours être inférieur au sixième pour celles ayant moins de 5000 francs de revenus.(19)

Le nombre d'établissements d'aliénés existant en France au 1^{er} janvier 1891 s'élève à 105, dont 1 asile national (Charenton), 48 asiles départementaux, 14 quartiers d'hospices, 17 asiles privés faisant fonction d'asile public, 25 asiles privés ne recevant pas de pensionnaires indigents...(19)

2. Rôle des médecins

Au cours du XIX^{ème} siècle, l'activité des médecins dans les hôpitaux prend de plus en plus d'importance.

Cependant, ils partagent leur fonction entre l'hôpital et leur cabinet privé, et l'on a pu voir dans la première moitié du siècle, un absentéisme sévère et des visites "éclair" au chevet des patients. Dans le code de l'administration charitable, on peut lire : "Bien que nous ayons dans nos hôpitaux les médecins les plus instruits et les plus habiles (...), ce service n'est pas satisfaisant. Un médecin n'est tenu de passer qu'un certain temps, une heure par exemple, à l'hôpital (...). De là presque toujours impossibilité pour lui, malgré son zèle, de donner les soins suffisants à ses malades."

Après 1850, le règlement interne des hôpitaux établit le rôle et les obligations du corps médical. Ainsi, les médecins doivent dorénavant effectuer une visite quotidienne le matin, et éventuellement pour les cas graves une visite dans l'après-midi. Au cours de cette visite, le médecin fait inscrire sur un cahier spécial tenu par l'interne, ses prescriptions et le régime alimentaire de chaque malade.

La commission administrative veille avec vigilance à l'application de ces obligations. Elle peut, avec l'accord du préfet, prononcer la révocation de certains médecins pour négligence. A la fin du siècle, certaines commissions administratives abusent de ce pouvoir de révocation. Si bien qu'en 1907, une circulaire du ministre de l'intérieur stipule : "J'ai pu constater que certaines décisions des commissions administratives relatives à ces révocations n'étaient plus justifiées par une faute ou une négligence professionnelle, et

que le préfet était en ce cas disposé à faire passer certaines considérations d'ordre personnel et le souci de querelles locales avec l'intérêt bien compris des malades. Aussi ai-je décidé que désormais, avant d'approuver et de rendre aussi définitives ces révocations, vous auriez à me soumettre le dossier de l'affaire(...)"

L'hôpital est également le lieu de formation des étudiants. Le 4 Ventôse de l'an X, le conseil général des hospices de Paris établit, pour les médecins, les concours d'internat et d'externat. Puis suivront les hôpitaux sièges de faculté ou les écoles de médecine de province. Avant cette époque, une grande anarchie règne parmi les différentes classes d'élèves : certains étudiants habitent à demeure à l'hôpital, mais ils sont choisis au hasard et surtout à la faveur, parmi les élèves "logeant", externes et "aspirants". Une fois institués, les concours d'internat se déroulent dans la plus grande régularité.

Comme pour les docteurs, le règlement intérieur de l'hôpital régente la fonction des internes. Le Dr Roux, un commentateur de l'époque, rapporte que leur activité "ne constitue pas une sinécure et que les journées de l'interne laissent peu de place à la distraction et au plaisir".

Les internes assistent à toutes les visites et aux pansements. Ils tiennent les cahiers de visite, s'assurent des secours chirurgicaux, reçoivent les malades fébriles, assistent à la distribution des médicaments. Ils assurent un service de gardes et font le relevé des entrées, des sorties et des décès. Dans beaucoup d'hôpitaux, les internes ont le droit de prescription dans l'urgence et en l'absence des médecins. En revanche, les internes en chirurgie ne peuvent pratiquer aucune opération en l'absence du chef de service. (9) Les internes sont choisis au concours parmi les étudiants ayant au moins trois ans de scolarité, et sont nommés pour quatre ans, logés, nourris, éclairés, chauffés. A Marseille, ils perçoivent 360 francs pour la première année, 420 pour la deuxième et de 480 francs pour la troisième et la quatrième année.

Les internes sont soumis à une discipline souvent draconienne : les permissions de sortie ne sont autorisées qu'une fois par semaine. Les punitions sont parfois sévères : à Marseille, en 1835 trois consignes et une destitution sont prononcées pour "cause de tapage au réfectoire, chants et bris de carafe"! Au fil des années, devant le zèle et le dévouement des internes, la rigidité du règlement s'atténue, ils peuvent désormais quitter l'hôpital

après la visite du soir et ne rentrer qu'à 10 heures du soir... De même, des indemnités allant de 200 à 300 francs leur sont accordées annuellement.(9)

c) Relation médecin-malade

Les patients font en général appel au médecin en dernier recours, car contrairement au médecin, le charlatan ou le rebouteux réside en un lieu plus proche et s'avère être moins coûteux. Le médecin intervient donc dans les cas souvent désespérés, par exemple, une maladie épidémique décompensée, une plaie infectée, des patients épuisés et déshydratés... "Ces circonstances ne doivent jamais être oubliées avant de porter un jugement sur l'efficacité de la médecine de l'époque" (12)

Les médecins exercent beaucoup plus au domicile des patients, lors des visites, qu'au cabinet, en consultation. Ainsi, le médecin pénètre dans un univers qui n'est pas le sien, et où il ne se sent pas toujours à l'aise. "En visite dans une demeure aristocratique ou bourgeoise, le médecin est souvent en position d'infériorité sociale face à des personnes qui le considèrent comme un serviteur de rang supérieur." (12) Ces patients, souvent très instruits, veulent participer à l'élaboration du diagnostic et exercent une pression non négligeable sur le médecin pour se voir délivrer tel traitement plutôt qu'un autre. Le médecin, inquiet de fidéliser une clientèle prestigieuse est souvent obligé de s'incliner...

La clientèle est souvent diversifiée. Au domicile des indigents, la visite du médecin ressemble à celle d'un notable, le place donc en position de force et lui permet d'exercer une certaine autorité pour la prescription et l'observance des traitements. Mais en milieu rural, le dialogue médecin-malade est parfois difficile, ne serait-ce qu'en raison de la diversité des dialectes existant d'un village à un autre. Par ailleurs, la population rurale n'est pas toujours obéissante vis à vis de l'observance thérapeutique.

Il est souvent ressenti comme le dernier espoir dans le combat d'une maladie ; il est alors accueilli avec beaucoup de bienveillance. Lors de l'agonie de Mme Bovary, Flaubert écrit :

"-Mais sauvez-là!" s'exclamait Bovary.

Aussi, sans écouter le pharmacien qui hasardait encore cette hypothèse : "c'est peut-être un paroxysme salutaire", Canivet allait administrer de la thériaque, lorsqu'on entendit le claquement d'un fouet ; toutes les vitres frémirent, et une berline de poste, qu'enlevaient à plein poitrail trois chevaux crottés jusqu'aux oreilles, débusqua d'un bond au coin des halles. C'était le docteur Larivière.

L'apparition d'un dieu n'eût pas causé tant d'émoi. Bovary leva les mains, Canivet s'arrêta court et Homais retira son bonnet grec bien avant que le docteur fût entré.(...)

Il fronça les sourcils dès la porte, en apercevant la face cadavéreuse d'Emma étendue sur le dos, la bouche ouverte. Puis tout en ayant l'air d'écouter Canivet, il se passait l'index sous les narines et répétait : "C'est bien, c'est bien." (21)

D. Les Français et leur médecin

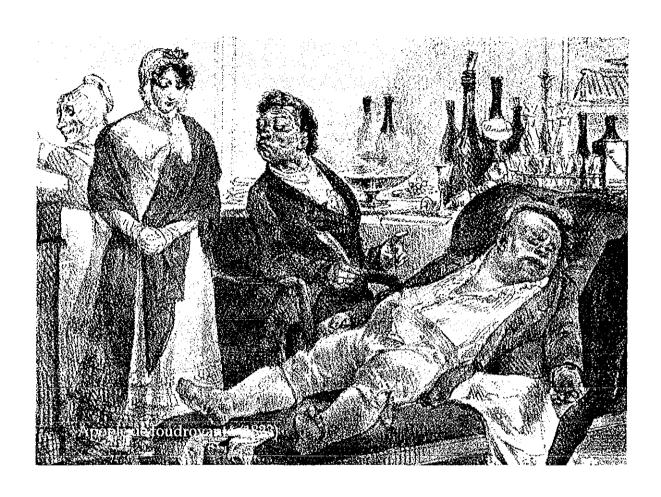
a) Pathologie courante et terminologie

La médecine est une réelle source d'inspiration pour les auteurs de l'époque. Nombreux sont les écrivains qui mettent en scène un médecin, qui prêtent à leurs protagonistes des symptômes relevant d'une pathologie particulière. L'objectif de ce chapitre n'est pas de se perdre dans des descriptions cliniques que chacun d'entre nous connaît, mais plutôt d'essayer de comprendre la façon dont étaient abordées les diverses maladies sévissant à l'époque. Nous verrons que la médecine regorge de termes, de descriptions, qui permettent d'aboutir à un diagnostic. Malgré tout, le traitement spécifique reste bien incertain.

1) Apoplexie

Appelée également "coup de sang" ou "ramollissement cérébral", l'apoplexie semble fréquemment décrite dans la littérature du XIXème siècle, surtout pendant la grande époque de la médecine anatomo-clinique française.

Honoré de Balzac (1799-1850), dans son roman <u>Splendeurs et misères des courtisanes</u>, en 1847, écrit : "Recommandez à Chorche de tenir la tête de votre lit très haut, de mettre les pieds bien en pente, vous avez ce soir le teint à l'apoplexie...cher, vous ne direz pas que je ne m'intéresse point à votre santé(...)"



- "Votre parent est mort d'apoplexie" dit le médecin, "il y a les preuves d'une congestion cérébrale effrayante..."
- "Examinez, messieurs", dit Corentin, "et cherchez s'il n'y a pas dans la toxicologie des poisons qui produisent le même effet."

De même, en 1835, Balzac tente d'expliquer le décès brutal du père Goriot : "Il a dû se passer quelque chose d'extraordinaire en lui, il me semble être sous le poids d'une apoplexie séreuse imminente".

Victor Hugo nous rapporte dans <u>Les Misérables</u>, en 1862 : "Mortels, je fais un rêve : que la tonne d'Heidelberg ait une attaque d'apoplexie et être de la douzaine de sangsues qu'on lui appliquera."

En 1839, Henri Beyle dit Stendhal (1783-1842), écrit <u>La chartreuse de Parme</u> en ces termes : "La Duchesse se dit que, si elle lui faisait donner un fort narcotique, on pourrait croire dans le premier moment qu'il s'agissait d'une attaque d'apoplexie, et alors, au lieu de le placer dans la voiture pour le ramener à la Citadelle, on pourrait avec un peu d'adresse, faire prévaloir l'avis de se servir d'une litière, qui se trouverait par hasard dans la maison où se donnait la fête (...) tout le monde crut, et même les gens de l'art, que le Général avait eu une attaque d'apoplexie."

Stendhal écrit spontanément sur des carnet ou tout autre support, ses sentiments profonds. Nous pouvons suivre avec précision l'évolution de son état de santé à travers ses ouvrages autobiographiques (<u>Confessions</u>, <u>La Vie d'Henri Brulard</u>, <u>Les Souvenirs d'égotisme</u>.). Le 18 avril 1801, il note : "j'entreprends d'écrire ma vie au jour le jour."

Surnommé "la tour ambulante" par ses camarades de l'Ecole Centrale de Grenoble, Stendhal est un sujet obèse et conservera toute sa vie cette surcharge pondérale : 90 Kg pour 1m67 à l'âge de 20 ans, 94 Kg à 33 ans. Cet "homme gros et gras mais de beaucoup d'esprit", comme l'écrira Balzac, est un épicurien et apprécie une bonne table. A chaque repas, il consomme deux livres de pain, une pièce de viande cuite à point, une bouteille de Saint-Julien, une glace, un fruit, du rhum brûlé et du café en excès. Il fume des cigares de Malte et absorbe une quantité de Cachou (réglisse). (36)

Obésité, sédentarité, HTA secondaire probable, tabagisme, hypercholestérolémie certaine, sexe masculin, constituent ce que nous

appellerons plus tard, après les avoir identifiés, des facteurs de risques cardio-vasculaires.

Dès 1815. Stendhal présente premières les complications, qu'il décrit dans son consulto Luglio 1816, sorte de mémo médical rédigé en italien à la troisième personne pour le docteur Fossati. "à la fin de février dernier, le sang lui monta brusquement à la tête et il éprouva de si fortes palpitations qu'il lui semblait s'évanouir à tout moments. Le bras gauche était engourdi (...) Mais ici il est nécessaire de bien faire attention à deux choses : 1- cet engourdissement d'une partie ou d'une autre de la moitié gauche du corps dure deux ou trois heures et disparaît. Quelque fois, la douleur passe en cinq minutes de l'insertion des côtes gauches au sternum, à l'omoplate ; et de là à la partie interne du bras gauche qui est le plus souvent son siège principal. Souvent, la douleur monte à la tête : ce n'est plus alors une douleur, mais le malade se sent imbécile, il perd un peu la mémoire et ne peut écrire une lettre.(...) 2- Tous ces symptômes sont venus après les frictions mercurielles."(11-36).

En 1818, le Dr Omodei porte le diagnostic d'angine de poitrine avec "ossification des petites veines du coeur". La pathologie évolue de façon insidieuse pendant douze ans, traitée en aigu par des saignées et l'application de sangsues. Au cours de l'automne 1840, Stendhal présente plusieurs épisodes d'aphasie symptomatiques d'AIT. Le 15 mars 1841, il souffre d'un premier AVC avec hémiplégie gauche : "Je me suis aussi colleté avec le néant (...) Donc migraines horribles pendant six mois ; puis quatre accès du mal que voici : tout à coup j'oublie tous les mots français. (...) Je m'observe curieusement : excepté l'usage des mots, je jouis de toutes les propriétés naturelles de l'animal. Cela dure huit à dix minutes ; puis la mémoire des mots revient (...) Croyant peu à la médecine, et surtout aux médecins, hommes médiocres, je n'ai consulté qu'au bout de six mois d'affreuses migraines." (42-36)

Le 22 mars 1842, vers 19 heures, sur le trottoir de la rue Neuves-des-Capucines, après un dîner avec le ministre François Guizot, il s'effondre, victime d'un nouvel AVC. Il meurt à son domicile le 23 mars suite à un coma par hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire et engagement.(41-36) "Je ne trouve pas de ridicule à mourir dans la rue, quand on ne le fait pas exprès" avait-il écrit le 10 avril 1841.(42-36)

Il est intéressant de lire les différentes définitions de l'apoplexie dans les dictionnaires du XIXème siècle, nous pouvons ainsi étudier l'évolution des connaissances sur ce point.

En 1812, le dictionnaire des sciences médicales Panckoucke en 60 volumes écrit : "L'apoplexie, dont l'invasion est presque toujours subite, se caractérise par la diminution ou la perte de sensibilité ; par la cessation, plus ou moins complète, des mouvements volontaires, et par un état soporeux plus ou moins profond. Depuis que la médecine existe, on n'a pas encore pu s'accorder sur les bases d'après lesquelles on pouvait établir les diverses espèces d'apoplexie ; et on voit les nombreux auteurs qui ont écrit sur cette maladie s'attacher, tour à tour, et presque sans aucun motif rationnel et satisfaisant, soit à la considération de sa nature, de son intensité, ou de la longue série des causes occasionnelles ou prédisposantes ; soit à l'examen des résultats offerts par l'autopsie cadavérique".(1-36)

En 1865, le "Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques" en 39 volumes définit l'apoplexie d'une manière assez intransigeante : "Le sens traditionnel du mot apoplexie ne peut prêter à aucune équivoque. Ce n'est point une maladie, ce n'est point une espèce morbide, c'est un ensemble de phénomènes, un syndrome commun à plusieurs maladies très diverses des centres nerveux. Ce syndrome est caractérisé par la perte subite de la connaissance, et l'abolition plus ou moins durable, plus ou moins étendue de la motilité volontaire, avec persistance de la respiration et de la circulation ; ce dernier caractère distingue l'apoplexie de la syncope. Telle est l'interprétation d'Arétée (ler-Ilème siècle), de Paul d'Egine (VIIème siècle) celle en un mot qui régna exclusivement dans la science jusqu'au jour où les travaux de Wepfer (XVIIème siècle), dirigeant plus particulièrement l'attention sur les épanchements sanguins du cerveau firent prendre le mot apoplexie comme synonyme d'hémorragie cérébrale. Ce fut là le point de départ d'une perpétuelle confusion : on prenait ainsi le symptôme pour la lésion, bien plus on rattachait à une lésion univoque un symptôme qui appartient à un grand nombre de maladies différentes. On ne s'arrêta même pas là, et l'erreur fut complète le jour où l'on admit des apoplexies pulmonaires, rénales, spléniques, ce qui constitue autant d'hérésies au point de vue de la tradition médicale, et autant de non-sens au point de vue de la précision

terminologique. Il importe aujourd'hui de revenir en arrière et de rendre au mot apoplexie sa signification classique : non, l'apoplexie n'est pas une hémorragie viscérale, elle n'est pas une lésion, pas plus que la syncope n'est une hémorragie ou une lésion quelconque ; l'apoplexie est un symptôme..." (27-11)

Le Dechambre en 100 volumes consacre 55 pages à l'apoplexie, et en donne, en 1870, une définition plus précise : "Beaucoup d'expressions synonymes, d'origine plus récente, se rapportent au même ordre d'idée. Tels sont les mots de sideratio (Nyman 1629), morbus attonitus puisé dans Celse (Cortum, 1685), attonitus stupor, morbus sideratus, resolutio nervorum (...) Appuyés sur l'étude historique et critique qui précède, nous désignons sous le nom d'apoplexie : la suspension subite, complète ou incomplète, persistante ou transitoire de l'action cérébrale produite par une cause interne agissant directement sur le cerveau". (36)

2) "Maladies de poitrine"

1. Angine de poitrine

Appelé également angor pectoris, angina pectoris, le mot , dérivé du latin angere signifiant "serrer", "étrangler", le mot apparaît en français vers 1770. Décrite par un médecin français Nicolas Rougnon de Magny en 1768, puis par un anglais William Heberden la même année devant le Collège Royal des médecins de Londres, comme un "désordre de la poitrine", n'ayant fait l'objet d'aucune description antérieure : "Ceux qui en sont affectés sont saisis quand ils marchent et plus particulièrement quand ils marchent tôt après le repas, d'une sensation très désagréable et douloureuse dans la poitrine qui semble devoir leur ôter la vie si elle augmente ou si elle continue.(...) Le sternum est généralement désigné comme le siège de cette maladie (...) toujours davantage du côté gauche et avec parfois accompagnement d'une douleur vers le milieu du bras gauche." Heberden classe cette affection parmi les pathologies pulmonaires, en raison du siège rétro-sternal de la douleur angineuse et de l'absence d'altération du pouls pendant la crise.

L'étiologie de l'angine de poitrine reste très confuse jusqu'au début du XXème siècle. Les mécanismes physiopathologiques de l'angor sont difficilement identifiables, faute de moyens d'exploration paraclinique, mais également devant la diversité des tableaux séméiologiques et nécropsiques (par exemple, la survenue de crises angineuse sur coronaires saines). Ainsi, les médecins évoquent diverses étiologies (plus de 80...), dont deux principales, longtemps débattues, la théorie artérielle et la théorie neurologique. Parmi les étiologies, on distingue à l'époque : (36)

-étiologies cardiaques : inflammation de l'endocarde (Récamier-1830), Myocardite (Bouillaud-1840), Asystolie intermittente du coeur (Beau-1865).

-étiologies coronariennes : Hypoxie myocardique et lésions coronariennes (Burns-1809), Spasme coronarien (Blackall-1813), Thrombose ou embolie coronarienne (Virchow-1846).

-étiologies vasculaires : contraction des vaisseaux périphériques (Landois-1867), lésions de l'aorte (Wenckebach-1890)

-étiologies neurologiques : névralgie pulmonaire et cardiaque (Laennec-1826), névralgie thoraco-brachiale s'étendant au coeur (Piorry-1828), épilepsie du coeur (Trousseau-1851), hyperesthésie du plexus cardiaque d'origine centrale (Rhomberg-1858), excitation du plexus cardiaque, du pneumogastrique et du sympathique (Landois-1867), phénomène réflexe (Potain-1870)

-étiologies rhumatologiques : goutte des artères (Huchard-1889)

-étiologies diverses : contracture du diaphragme (Duchenne de Boulogne-1853), manifestation de l'herpétis (Vulpian-1864), expression possible de l'hystérie (Charcot-1876)

Au milieu du XIXème siècle, Claude Bernard remarque que l'intoxication nicotinique provoque un spasme artériel de la membrane interdigitale de la grenouille. Puis ,en 1857, son élève prouve que la nicotine produit la "rétraction et la déplétion du système artériel" (7-36)

En 1862, Beau expose ses travaux devant l'Académie des sciences, au sujet de 8 cas cliniques, intitulés : "La fumée de tabac considérée comme cause de l'angine de poitrine".

C'est ainsi que l'on a pu lire dans La Gazette des hôpitaux l'article suivant : "Pour que l'angine de poitrine se montre chez des personnes qui usent du tabac, il faut une réunion de circonstances qui ne se rencontrent que rarement : 1) l'usage excessif du tabac, 2) une susceptibilité particulière de l'individu, 3) des circonstances débilitantes telles que des chagrins, des fatigues, un affaiblissement des fonctions digestives, etc., qui empêchant l'organisme d'expulser les matières de tabac absorbées, permettent l'accumulation de ces matières à un degré tel, que la nicotine se trouve assez abondante pour produire son action toxique sur le coeur."(36).

Le Docteur Pascal, 20ème et dernier volume des Rougon-Macquart d'Emile Zola, datant de 1893, expose la vie d'un médecin des pauvres à Plassans. Il procède à des recherches sur l'hérédité, en prenant comme base de travail sa propre famille. Le docteur Pascal recueille sa nièce Clothilde, âgée de 7 ans. La jeune fille deviendra la maîtresse de son oncle et sera bientôt enceinte..."Une douleur poignante dans la région du coeur, qui gagnait toute la poitrine et descendait le long du bras gauche, une affreuse sensation d'écrasement et d'angoisse, tandis qu'une sueur froide l'inondait (...) Puis cette affaire réglée, le jeune homme ayant remarqué sa pâleur et le questionnant, il répondit avec un sourire : "figurez-vous que je viens d'avoir une crise d'angine de poitrine" Oh!...(...) Dans la nuit qui suivit, Pascal eut une nouvelle crise d'angine de poitrine".(36)

2. Infarctus du myocarde

Jules Vernes (1828-1905), personnage très optimiste et confiant dans les progrès de la science médicale, accepte mal le caractère trop aléatoire des thérapeutiques, mais, victime d'un premier épisode de paralysie faciale en 1850, il se soumet volontiers aux divers traitements prescrits (protocole de traitement par l'électricité de Duchenne de Bologne, sangsues, pointes de feu, lavages d'estomac, régimes lactés...). Jules Vernes meurt diabétique le 17 mars 1905, dans un tableau d'hémiparésie droite puis gauche.(10-34-36)

Il décrit plusieurs épisodes d'infarctus du myocarde dans différents ouvrages. Ainsi, en 1874, dans *Maître Zacharius*, on peut lire

"Soudain, il poussa un cri, porta vivement la main sur son coeur, et tomba défaillant sur son vieux fauteuil de cuir (...) Les médecines et les médecins furent impuissant vis-à-vis de ce dépérissement organique dont la cause échappait. Il semblait parfois que le coeur du vieillard cessât de battre, et puis ses battements reprenaient avec une inquiétante irrégularité."(46) De même, en 1878, Jules Vernes écrit dans <u>Un capitaine de quinze ans</u> : "Les esclaves jeunes, encore vigoureux meurent sans apparence de maladies, le docteur Livingstone précise : ces infortunés se plaignent du coeur ; ils posent leurs mains dessus et ils tombent. C'est positivement le coeur qui se brise! "(46)

3) Maladies épidémiques

Le XIXème siècle est malheureusement le théâtre d'épidémies ravageuses, causant de nombreuses victimes parmi la population. La création des Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité en 1848, ainsi que la nomination de "médecins des épidémies", permet de réaliser une avancée spectaculaire dans les moyens de prévenir la contagion des maladies infectieuses.

1. Le choléra-morbus

Encore appelé choléra épidémique (en opposition au choléra-nostra ou sporadique), le choléra-morbus est reconnu comme une maladie spécifique, infectieuse et contagieuse.

a) Epidémiologie

L'origine du choléra-morbus provient d'un foyer endémique situé en Inde, "placé entre l'Hymalaya, le Brahmapoutre et l'Indus, terre humide où il tombe 1m95 à 2m25 d'eau par an ; la couche d'eau affleure la surface, débordant à droite ou à gauche, transformant en lacs de vastes régions". Les épidémies locales règnent dans les petits villages placés au bord des fleuves, puis se propagent dans les villages d'altitude plus élevée. Leur maximum d'intensité est atteint au milieu de l'été, leur

rayonnement se fait selon le cours des fleuves. Les agglomérations urbaines, la famine, la misère favorisent le développement du choléra.

Les épidémies mondiales de choléra sont assez nombreuses : la première épidémie a sévi de 1817 à 1823, la deuxième de 1827 à 1837, la troisième de 1847 à 1851 évoquée en Provence par Giono dans *Le Hussard sur le toit*, la quatrième de 1853 à 1855 causant 140.000 décès sur 70 départements, la cinquième de 1865 à 1866 causant 150.000 victimes réparties sur 30 départements, la sixième de 1869 à 1874, la septième en 1883. (19) En Meuse, le choléra a causé la mort de 4571 personnes en 1832 soit 1 % de la population du département, de 1268 personnes en 1849 soit 0.4 % de la population, et de 8510 habitants en 1854 soit 3 % de la population totale. (50)

Par ailleurs, il semble que les personnes exerçant un métier manuel ou ayant trait à la terre payent un plus lourd tribut proportionnellement que les actifs du tertiaire, bien que représentant une plus grande partie de la population : lors de l'épidémie de choléra de 1854, les vignerons représentent environ 13 % des décès cholériques en Meuse, les cultivateurs, fermiers et laboureurs en représentent 8 %, les manoeuvres 6 %. Chez les instituteurs, on compte 12 décès pour 8510 décès soit 0.14 %, les aubergistes représentent 0.6 % des décès (50)

Spectacle public, le choléra suscite l'effroi de toute la population, par son caractère exceptionnel. C'est ainsi qu'à Lyon, en 1854, le passage biquotidien des carrioles de cadavres à travers toute la ville nourrit la peur et l'angoisse même chez les individus les plus rationnels : "Les malades arrivant dans des tombereaux découverts et exposés à toute l'ardeur du soleil, traversant plusieurs communes et une partie de la ville, jettent l'épouvante sur leur passage par leurs cris et leur souffrance."

Dans un rapport destiné au Conseil d'Hygiène publique, un autre médecin des épidémies décrit l'apparition d'une épidémie de choléra à Bar-le-Duc : "Le choléra qui sévissait depuis quelques temps dans le département de la Moselle, se manifesta dans quelques communes du nord de la Meuse par quelques cas rares et isolés ; mais il fit son apparition sous la forme épidémique dans la ville de Bar-le-Duc le 21 août 1866. La première personne atteinte fut une marchande de fruits, la femme Bourbon, âgée de 62 ans ; elle arrivait de Paris où elle avait été en train de plaisir chez sa fille. Malgré la gravité des symptômes et sa négligence à réclamer les premiers soins, elle guérit complètement. Mais, le 24, la femme



Pays, âgée de 62 ans, qui demeurait dans un quartier fort éloigné, et n'avait eu aucune communication avec la première malade, fut attaquée, et mourut en quelques heures.

L'épidémie se manifesta principalement dans le quartier de la rue de Véel, atteignit surtout les personnes malades, intempérantes, ou affaiblies par les privations, et sur 157 sujets atteints, en fit périr 86.

L'administration municipale avait organisé un système de secours à domicile, qui a rendu les plus grands services. Aucune mesure d'assainissement des maisons et des rues n'a été négligée, et les instructions du Conseil central d'Hygiène de Paris ont été ponctuellement suivies.

Le dernier décès est du 17 janvier 1867, ainsi, l'épidémie a persisté environ 5 mois, mais c'est dans les derniers jours d'août et les premiers de septembre qu'elle a sévi avec le plus de fréquence et d'intensité." (25)

On a pu préciser comment cette maladie endémique de l'Inde a fait sa première apparition en Europe : "En 1817, 600.000 Hindous sont en lutte contre les Anglais : le choléra naît dans le Bengale, de là, il gagne le littoral, les îles de Java, la Chine, l'île Maurice, la Réunion, les côtes d'Afrique, pénètrent dans la Perse par l'Occident (1825). La Mésopotamie, théâtre d'une autre guerre, est rapidement ravagée. En 1824-1825, la mer rouge est la voie, le choléra pénètre avec les Turcs en Syrie. Méhémet-Ali place un cordon sanitaire ; le choléra s'arrête aux confins de l'Egypte. Les Russes rapportèrent le choléra à Moscou. L'Allemagne, la Russie, furent infestés. Il pénétra en France par Calais le 31 mai 1832." (19) En France, 52 départements et l'Algérie sont touchées, 100.000 personnes succombent à cette époque. En 6 épidémies, la maladie en Russie atteint officiellement 5.5 millions de personnes et en tue 2 millions. (15)

b) Signes cliniques

La symptomatologie clinique du choléra-morbus est décrite de façon minutieuse dans l'Encyclopédie Universelle, constatant les différentes étapes de la maladie conduisant tour à tour à la déshydratation, l'insuffisance rénale aiguë et l'état de choc : "Le plus souvent, elle présente un période d'incubation qui varie de 3 à 7 jours et au delà. Les cas de choléra foudroyants sont très rares : on en a observé en Inde ; mais il existe des cas rapides qui enlèvent le malade en quelques heures. En général, il débute par une diarrhée que l'on a appelé

prémonitoire. Cette diarrhée est exempte de coliques. Les selles sont d'abord bilieuses, puis séreuses et s'accompagnent de borborygmes. Le malade a conservé son appétit la plupart du temps.

Cette diarrhée prémonitoire peut à elle seule constituer un cas de choléra léger. Elle n'est pas constante.

Au bout de sept jours environ, les vomissements apparaissent. Les évacuations alvines changent de caractère : elles deviennent fort fréquentes, acqueuses, blanchâtres, perdent toute odeur fécaloïde. (selles riziformes). Le malade n'urine plus. Des crampes surviennent dans les membres et accompagnent les vomissements. Soif ardente, pouls filiforme.

A ce moment, le malade prend une physionomie spéciale : la figure est creuse, les yeux caves et entourés d'un cercle brunâtre. Le nez s'effile, les extrémités se refroidissent considérablement (10 à 12 ° C de moins que la température centrale), les ongles des pieds et des mains bleuissent.(...) Le malade meurt en état d'asphyxie."

Concernant plusieurs cas de choléra-morbus, observés à Paris, au Faubourg S^t Antoine, un médecin des épidémies envoyé sur les lieux, rapporte une description d'asphyxie épidémique, variété de choléra où il n'existe pas de "sécrétions alvines". Dans une lettre adressée à Monsieur Pelletier, membre du Conseil de Salubrité, il s'exprime en ces termes : "Lantil Nicolas, âgé de 46 ans, scieur de long, demeurant rue Chanoine, n° 70, sujet à de fréquentes courbatures, a éprouvé à diverses époques 3 fluxions de poitrine, avec crachement de sang, qui se terminaient vers le 20^{ème} jour (...)

<u>4 avril</u>, il est saisi tout à coup, à 8 heures du matin, par un froid aux pieds, à 9 heures, froid dans les parties latérales de l'hypogastre, suivi de coliques (...); il se couche, les coliques augmentent, la céphalalgie survient et s'accompagne de malaises et de nausées. M. Frelot, médecin de l'ambulance de la rue S^t Bernard, prescrit selon le régime du malade :

- 1°) 20 sangsues sur la région la plus douloureuse de l'abdomen, et un cataplasme* émollient.
 - 2°) de la limonade cuite pour boisson.
 - 3°) un bain de 6 quarts d'heure.

Calme pendant la nuit.

<u>2ème</u> jour : Coliques continuelles, plus intenses que la veille ; fusion d'un quart d'heure de durée sur la région antérieur et supérieure de la poitrine, et entre les épaules, s'étendant ensuite à la surface du corps.

A une heure, la chaleur succède à cet état, mais elle ne s'établit pas d'une manière générale; depuis les pieds jusqu'aux genoux le froid est permanent, même lorsque la transpiration est des plus abondante; dès lors plus de calme, garde-robe suspendues, urines rares.

6ème jour : légère amélioration.

<u>7ème</u> jour: Tous les symptômes devenant plus graves, les respectables soeurs de la charité du bureau de bienfaisance de la rue S^t Bernard, me font prier avec instance de me charger de ce malade, M. Frelot se trouvant incommodé. A 10 heures du soir je vois le malade pour la première fois ; il était dans l'état suivant : yeux abattus, caves, face très colorée et couverte de gouttes de sueur, le malade est maintenu sous plusieurs couvertures, dans une sorte de bain de transpiration ; langue blanche, humide ; coliques très violentes dans toute l'étendue de l'abdomen ; ventre flasque, respiration naturelle, crampes aux jambes, aux genoux, aux aines, aux épaules, pouls développé en apparence, mais mou, vide, point de garde-robes, urines rares, rouges, briquetées et infectées. Décubitus sur le dos : épithème de Thériaque et d'Opium sur le creux de l'estomac ; potion avec le sulfate de Quinine, à prendre par cuillerées à bouche de 3 en 3 heures. Calme pendant la nuit, le malade se croit guéri.

 $8^{\grave{e}me}$ jour : Tous les symptômes se renouvellent avec le réveil du malade ; continuation des mêmes médicaments.

<u>gème</u> jour: La potion avec le sulfate de Quinine provoque un sentiment de strangulation analogue à la boule istérique. Je songe aux moyens convenables à mettre en usage contre le choléra-morbus qui pourraient faciliter l'action du sulfate de Quinam, telle que l'eau minérale magnésienne carbonatée, et surtout la limonade narcotique frappée de glace, mais je m'aperçois en même temps que la première indication de la méthode de traitement que je me suis formée contre l'épidémie a été négligée. Je fais prier à 6 heures du soir les soeurs de la Charité de venir tirer deux palettes de sang au malade et de lui administrer immédiatement après 25 grains

d'Ipécacuanha ; tous les symptômes se dissipent spontanément, et la convalescence commence."

Finalement, nous pouvons constater que les médecins de l'époque utilisent un vocabulaire riche, en vue de décrire de façon précise les tableaux cliniques des pathologies.

c) Traitement

Le traitement du choléra reste symptomatique, on utilise volontiers le sous-nitrate de bismuth, des extrait gommeux d'opium, de l'eau de riz albumineuse contre la diarrhée; des boissons glacées, du vin de champagne sont préconisées en cas de vomissements.

La prévention demeure le moyen le plus efficace pour empêcher la propagation de l'épidémie. Ainsi, la surveillance étroite des frontières, des ports devient nécessaire. Une circulaire ministérielle du 23 août 1831, adressée au préfet, expose que "un avis délibéré par le Conseil Supérieur de santé ayant établi que des vêtements et effets provenant de personnes qui ont été victimes de choléra-morbus sont entrés dans le commerce de la friperie, et que la difficulté de vendre ces effets sur les lieux où leur origine est connue, a pu contribuer à les faire transporter jusque dans les pays éloignés ; j'ai cru devoir, conformément à cet avis, proposer au Roi d'interdire l'entrée du Royaume, par les frontières de terre et de mer, à tous les effets d'habillement vieux et même simplement supportés, constituant le commerce de la friperie.(...)

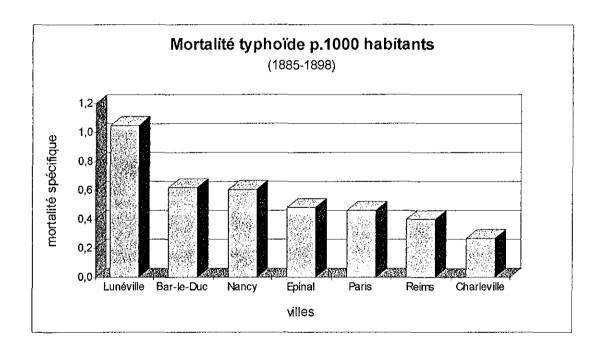
Par effets d'habillement supportés, on entend, dans le langage des douanes, ceux qui ont été portés et qui ne sont pas tout à fait vieux. L'interdiction s'applique au linge de corps supporté, tel que chemises, caleçons, mouchoirs, cravates, bas et chaussettes, au linge usé entrant dans la fabrication du papier, et connu dans le commerce sous le nom de drille; aux chiffons et vêtements supportés en laine, soie ou fil. (...)

Le choléra-morbus ayant éclaté en divers lieux à la suite de l'introduction de ballots de chanvre et de lin provenant des pays infectés par cette maladie, qui imposeront au commerce un retard de quelques jours."(49)

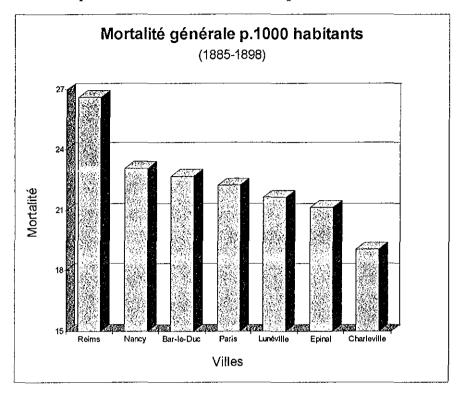
2. La fièvre typhoïde

a) Epidémiologie

Au cours du XIXème siècle, d'autres épidémies ont sévi, et tout particulièrement celles dues à la fièvre typhoïde. Un médecin des épidémies de la Meuse a pris la peine de compulser les actes de décès de 1885 jusqu'au 1^{er} janvier 1899, soit 14 années. Il présente dans son rapport de fin d'année sur les épidémies de 1898, des chiffres statistiques concernant les cas de fièvre typhoïde à Bar-le-Duc. Il en conclut que la mortalité spécifique typhoïde est de 0.62 p.1000 habitants, chiffre évidement assez élevé. Il a voulu également comparer ce chiffre avec la mortalité typhoïde de certaines villes de l'Est et de Paris, sur la même période de temps (1885-1898). Voici donc, d'après des documents officiels, le graphique correspondant : (51)



Voici, d'autre part, un graphique représentant la mortalité générale par 1000 habitants pour ces mêmes villes et pendant le même nombre d'années :



(51)

Nous pouvons donc remarquer que Bar-le-Duc occupe la deuxième place pour ce qui concerne la mortalité spécifique et la troisième place pour la mortalité générale. Peut-être est-ce dû à un manque d'hygiène, mais aussi à une certaine concentration de la population, à l'origine de la dissémination rapide des épidémies. En 14 années, ce médecin recense 154 décès, dont 10 militaires, soit une moyenne annuelle de 11 décès. "quoiqu'il en soit, la conclusion est qu'il y a encore beaucoup à faire pour l'hygiène dans la ville de Bar-le-Duc.", déclare-t-il.

On a recensé plusieurs épidémies de fièvre typhoïde dans les différents arrondissements meusiens. Plusieurs assez violentes ont touché la garnison de Lérouville en 1889, 1892 et 1893. Aussitôt, les autorités se sont intéressées aux causes possibles de cette épidémie, l'origine hydrique est immédiatement suspectée. Dans une lettre ministérielle adressée au Préfet de la Meuse, datée du 14 novembre 1893, nous pouvons lire : "Monsieur le ministre de la guerre vient de me faire connaître que la garnison de Lérouville a été, depuis le mois de juin dernier, éprouvée par une épidémie de fièvre typhoïde dont le développement aurait été le suivant :

juin 2 cas, juillet 10, août 33, septembre 19. Les causes de l'épidémie restent obscures, l'autorité militaire estime cependant que l'eau dont on fait usage n'y est pas étrangère." (52)

Le ministre réclame des renseignements concernant la qualité de l'eau domestique et sa provenance. En réponse, le Préfet de la Meuse écrit, après avoir fait sa propre enquête : " l'eau provient de puits creusés à l'intérieur du village et d'une source dite fontaine de la Bouge située près des bois et derrière les baraquements militaires. Le Régiment d'Infanterie est alimenté par les eaux d'un puits creusé au moment de la construction des casernes en 1888 et isolé en 1890, par une épaisse couche d'argile, à la suite de la précédente épidémie.(...)

D'après les renseignements que j'ai pu recueillir (...), le niveau du puits serait en contrebas du niveau de la Meuse. (...)

Les eaux servant à l'alimentation de la population civile et de la garnison ont été analysées à plusieurs reprises à Nancy et au laboratoire du Val de Grâce. Les analyses ont fait connaître que l'eau de source servant à l'alimentation du village était d'une richesse excessive en germes et en bactéries et par conséquent non propre aux usages alimentaires (...) Le Bacille Typhique n' a été découvert dans aucun des échantillons soumis aux analyses."

Une nouvelle épidémie de fièvre typhoïde est rapportée dans l'arrondissement de Bar-le-Duc, à Cousances-aux-Forges, le 8 septembre 1895. Elle provoque 29 cas dont 8 décès. Plusieurs rapports des médecins des épidémies ont confirmé que l'origine hydrique parait incontestable. Le Dr Ficatier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bar-le-Duc, se rend immédiatement sur les lieux : "C'est en effet depuis ce mois de septembre 1895, jusqu'à la fin 1896, qu'a sévi dans cette commune une grave épidémie au sujet de laquelle j'ai été envoyé 3 fois à Cousances. (en septembre 1895 et février 1896).

Dans les différents rapports que j'ai adressé à ce sujet, j'ai été amené à attribuer à cette épidémie une origine hydrique, car la plupart des habitants consommaient l'eau d'un canal constamment souillé par toutes sortes de déjections, ils y lavaient aussi leur linge. L'analyse bactériologique n'a pas donné preuve de cet assertion, mais il est à remarquer que l'épidémie a pris fin seulement peu de temps après qu'on avait interdit tout lessivage du linge dans le ruisseau, et que les habitants renoncèrent à y puiser leur eau de consommation." (53)

b) signes cliniques

Une autre épidémie de fièvre typhoïde a sévi en 1899 dans l'arrondissement de Verdun. Là encore, les médecins des épidémies se rendent sur les lieux et remettent un rapport au Conseil d'Hygiène publique, décrivant avec minutie les symptômes rencontrés dans cette pathologie : "l'épidémie de beaucoup la plus digne d'intérêt est celle de fièvre typhoïde à Souilly (630 habitants) : du 20 septembre au 25 décembre 1899, 84 cas dont 8 décès, sans distinction d'âge ni de sexe.(...) L'analyse d'eau a révélé : matières organiques en décomposition provenant des purins, et la réaction agglutinante de Widal a permi d'affirmer la présence du Bacille d'Eberth.

Au point de vue symptomatologique, nous avons remarqué qu'une douleur frontale très intense apparaissait chez presque tous les malades et pendant toute la durée de la maladie, que la température restait stationnaire entre 37°C et 38°C pour monter tout à coup à 40°C et même 41°C, que les taches rosées n'apparaissaient que très tardivement; que la douleur à la pression de la fosse iliaque droite manquait chez beaucoup de typhiques, et que la rate était partout presque développée (...)

Toutes les mesures d'hygiène et de prophylaxie ont été scrupuleusement appliquées : isolement, désinfection, pulvérisations (Sulfate de cuivre, Sublimé)"

3. La diphtérie

a) Epidémiologie

La diphtérie reste une maladie infantile et touche 51 communes sur 23 départements en France en 1864.(44) De 1896 à 1899, les statistiques provenant des rapports des médecins des épidémies ont mis en évidence 38 cas de diphtéries dans l'arrondissement de Bar-le-Duc, dont 8 décès ; 78 cas dans l'arrondissement de Commercy dont 5 décès ; 7 cas dont 3 décès en 1896 dans l'arrondissement de Montmédy. Par ailleurs, 3 cas ont été recensés dans l'arrondissement de Verdun, sans que l'on ait eu à déplorer de décès.(54)

Le Dr Spiral, médecin du Conseil d'Hygiène publique de l'arrondissement de Montmédy, nous expose un cas d'épidémie de diphtérie : "Fin avril, différents cas d'angine ont été signalés chez plusieurs enfants en bas âge dans la commune de Louppy-sur-Loison. Deux qui n'ont pas reçu de soins d'aucun médecin, sont morts d'asphyxie en 48 heures. J'ai été appelé pour les deux autres, l'un âgé de 4 ans et l'autre de 3 ans. Le premier avait la gorge tapissée de fausses membranes et était presque à la période asphyxique. Je fis 2 injections de sérum antidiphtérique chez chaque enfant. Tous deux guérirent. Une quinzaine de jours après, deux enfants de Remoiville (village situé à 1 Km de Louppy), de 3 à 5 ans, furent atteints de ces angines à fausses membranes. Je pratiquai de même 2 injections de sérum antidiphtérique et fus assez heureux pour n'avoir pas de décès." (55)

b) Traitement

L'essentiel du traitement repose sur la prévention au moyen d'injection de sérum antidiphtérique, isolé en 1888 par Roux et Yersin, de fidèles collaborateurs de Pasteur (Cf. supra). Avant cette découverte capitale, le traitement de la diphtérie semble se résumer au néant.

4. La coqueluche

a) Epidémiologie

Autre maladie infantile, très contagieuse, la coqueluche sévit selon un mode épidémique. En 1864, cette maladie a été signalée dans 10 départements. Comme toujours, elle est bénigne dans la plupart des localités. Elle s'est montrée sévère dans quelques autres, où elle a fait des victimes essentiellement chez les enfants en bas âge ou fragilisés. Par exemple, l'épidémie d'Arras a fait périr 15 enfants sur 42 atteints. (54)

La coqueluche est souvent accompagnée de la rougeole, ensemble, ces 2 maladies ont été recensées dans le département de l'Allier (5 communes) et le Pas-de-Calais (1 commune), en 1864. (54)

b) Signes cliniques

D'après les connaissances et les observations de l'époque, la coqueluche est décrite comme suit : "au début, le malade semble atteint d'une bronchite ordinaire, catarrhale, avec une toux de plus en plus fréquente et qui est pathognomonique de la coqueluche. Dans une deuxième période, la toux se présente sous forme de quintes : le malade tousse par saccades expiratoires au nombre de 15, 20 et même dayantage, avant qu'il ne puisse reprendre haleine par une inspiration longue, sifflante, convulsive. Pendant la quinte, le visage s'injecte, devient bouffi, les yeux larmoient. La quinte se termine souvent par un vomissement glaireux. Pendant l'intervalle qui sépare les quintes, l'enfant retourne à ses jeux. Les râles bronchiques peuvent manquer à cette période toute de spasmes. Puis une nouvelle quinte s'annonce par un chatouillement au larynx. Elles peuvent se renouveler jusqu'à 60 fois dans les 24 heures. Elles sont de plus en plus fréquentes la nuit, le soir, le matin que dans le jour. Enfin vient la période du déclin. L'élément catarrhal remplace de nouveau l'élément nerveux, des crachats muqueux remplacent les vomissements."

L'affection semble persister en tout 6 semaines en moyenne. La terminaison est parfois fatale suite à la survenue de complications.

c) Traitement

Là encore, le traitement est avant tout symptomatique. Contre le catarrhe, sont employés des vomitifs du genre Ipécacuana, des émétiques à petites doses selon Laënnec, du sulfate de zinc ou de cuivre 25 à 45 cg contre les spasmes, narcotiques et stupéfiants (Belladone ou Atropine) selon Trousseau, à raison de 1 cg d'extrait et 1 cg de poudre de Belladone en une pilule, une le matin et une le soir ; ou bien 1 cg de sulfate neutre d'atropine pour 80 g d'eau distillée : on donne 1 cuillère à café c'est-à-dire 4 g de la mixture.

5. La variole

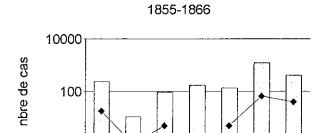
a) Epidémiologie

La variole, ou petite vérole, est très redoutée en France mais aussi dans toute l'Europe, où elle est endémique. Elle survient

souvent par petites épidémies régulières. Rien que pour l'année 1864, le Rapport général de M de Kergaradec montre que la variole a ravagé pas moins de 103 communes réparties sur 43 départements.(54)

D'après les chiffres observés durant une période allant de 1855 à 1864, nous pouvons présenter le graphique suivant :

Incidence de la variole en Meuse



années

☐ suiets atteints → décès

1855 1856 1857 1858 1864 1865 1866

La variole tue environ 1 patient sur 7 d'après certains, elle ne tue pas en règle générale d'après d'autres, elle laissent cependant les visages grêlés, défigurés de façon définitive. Elle atteint préférentiellement les enfants, : 75 à 90 % des malades ont moins de 10 ans.(15)

La variole est une maladie saisonnière, car elle apparaît deux fois plus souvent en hiver qu'en été, Une première atteinte confère l'immunité presque complète.

b) Signes cliniques

L'intérêt de ce chapitre consiste à souligner le fait que les médecins de ce siècle excellent dans les descriptions cliniques des pathologies. Les maladies sont effectivement dépeintes de façon très précise, avec toute une terminologie particulière. Ainsi, la variole peut revêtir plusieurs formes cliniques : la variole "discrète" (où il existe des intervalles

de peau saine) et la variole "confluante", entre lesquelles on trouve une foule de formes intermédiaires.

Lors de la variole discrète, la période d'invasion débute par un ou plusieurs frissons violents avec une hyperthermie voisine de 40 à 41 °C. Des vomissements, une constipation et une rachialgie complètent le tableau. Cette période dure 3 jours. Plus l'éruption tarde à se produire, moins grave est la maladie.

La phase d'état correspond à la survenue de l'éruption. Elle est constituée de macules érythémateuses, légèrement acuminées, d'abord sur la face, puis sur le torse et les membres. Elle peut envahir les muqueuses, en particulier pharyngée et buccale. Au 3^{ème} jour de la phase d'état, les pustules apparaissent, et la phase dite de suppuration débute vers le 8 ^{ème} jour.

"A cette période, les pustules jusque là douces au toucher, deviennent rudes, par suite du suintement qui se fait à leur surface" (19)

La fièvre réapparaît, pendant la phase de suppuration, plus modeste, autour de 38°5C, , avec tout le cortège des signes généraux.

Enfin survient la phase dite de dessiccation. Les pustules desséchées, se recouvrent d'une lésion croûteuse, qui après leur chute, laissent place à une cicatrice rougeâtre et plus tard, une cicatrice blanchâtre légèrement gaufrée. Rarement, il ne reste aucune trace de l'éruption.

Dans le cas de la variole confluante, les signes généraux sont plus marqués, l'éruption apparaît dès le 2ème jour. La constipation puis la diarrhée peuvent persister jusqu'au 9ème jour. Nombreux sont les enfants qui décèdent de déshydratation. La fièvre dure encore pendant la période d'éruption et atteint au moment de la suppuration 41°C. "L'éruption s'accompagne de salivation, de tuméfaction considérable du visage et des extrémités. Les vésicules très nombreuses, se transforment rapidement en pustules et le visage, en particulier, semble recouvert d'un masque de parchemin. Quelques fois, l'éruption envahit le larynx, et il s'ensuit de la toux et des accès de suffocation qui peuvent emporter le malade."

c) Traitement

La maladie déclarée, le traitement est uniquement symptomatique. On peut donner des boissons fraîches, des laxatifs légers, des bouillons, du lait et de l'eau vineuse, si la variole est discrète. Contre la fièvre, l'acide Salicylique et le sulfate de quinine sont préconisés. En phase suppurative, les soins de propreté, le renouvellement régulier des draps, des lotions tièdes à 25 °C, la prescription de toniques et l'aération régulière de la chambre permettent de combattre la maladie.

Mais le seul traitement contre la variole reste prophylactique : la vaccination et l'isolement du malade sont essentiels. L'inoculation puis la vaccination systématique des nourrissons de plus de 3 mois et la revaccination des enfants d'âge scolaire, a permis de combattre de façon efficace la variole. (Cf. supra) Elle ne sera cependant éradiquée qu' au XXème siècle.

6. Autres maladies épidémiques

Dans son rapport au Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité, le Dr de Kergaradec établit une liste exhaustive de toutes les maladies épidémiques rencontrées au cours de l'année 1864, dans les différents départements français. Les plus fréquentes et virulentes sont, outre les maladies précitées : la dysenterie, la fièvre puerpérale, la rougeole, la scarlatine, la grippe.

4) La tuberculose

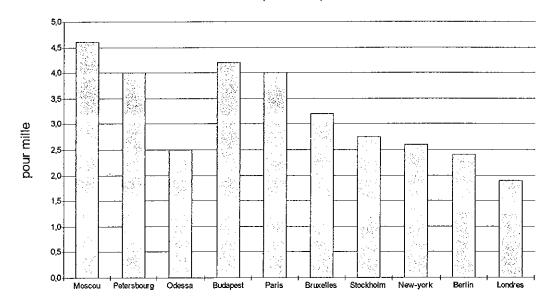
1. Epidémiologie

Surnommée le "mal du siècle", la tuberculose sévit avec une particulière virulence tout au long du siècle en France, mais aussi dans le monde entier. Elle est favorisée par le manque d'hygiène et la dénutrition. Un étude réalisée en Russie de 1883 à 1896, par le *zemstvo* rural, sorte d'organismes provenant de la décentralisation du pouvoir et prenant en

charge le domaine de la santé, expose la mortalité due à la tuberculose dans 10 villes occidentales : (15-59)

Mortalité due à la tuberculose

(vers 1892)



Considérée comme la plus terrible des maladies qui afflige l'espèce humaine (19), la tuberculose sévit avec la même virulence sous toutes les latitudes et sur toutes les races. Elle n'épargne aucune des classes de la société, bien qu'elle frappe plus volontiers la foule nécessiteuse. Au cours du siècle, elle est responsable de plus de morts que toutes les maladies épidémiques réunies. Elle entre pour 1/5ème dans la mortalité du globe et est à l'origine d'un décès sur quatre à Paris. D'après des statistiques d'Othenin d'Haussonville, en 90 ans, la tuberculose fait en France 9 millions de victimes, soit 4 fois et 1/2 plus que la guerre, 22 fois plus que le choléra.(19)

2. Signes cliniques

La tuberculose, nous le savons bien, est due à un bacille, découvert par Koch le 24 mars 1882. Là encore, notre objectif n'est pas de décrire le tableau clinique de la tuberculose, mais d'évoquer quelle était la manière d'aborder cette affection au XIXème siècle. Elle est donc définie, à cette époque, comme une affection de laquelle dérivent les tuberculisations locales : Phtisie pulmonaire, carreau, Mal de Pott... Ainsi, on a l'habitude de distinguer la tuberculose partielle dont les symptômes dépendent de l'organisme atteint : méningite dans la tuberculose des

méninges et du cerveau, phtisie dans celle du poumon, de la plèvre et des ganglions bronchiques, péritonite, entérite dans la tuberculose du péritoine et de l'intestin, de la tuberculose généralisée restant incurable.(19)

L'état des connaissances de l'époque permet de décrire avec précision la symptomatologie tuberculeuse : "Au début de la phtisie, le malade est souvent dans l'ignorance de son propre état. Les premiers avertissements sont assez vagues. Cela commence par un affaiblissement insensible ; l'appétit manque ; des sueurs viennent sans travail ; parfois quelques vomissements.(...) On n'a pas encore de toux significative. Cependant un rhume se dénonce, et persiste. Il ne se termine plus. Les symptômes inquiétants font leur apparition. Quand le malade s'adresse au médecin, l'envahissement tuberculeux est en voie de s'accomplir ; il est déjà trop tard." (19)

La phtisie a beaucoup inspiré les auteurs du XIXème siècle. En 1848, parait le célèbre roman d'Alexandre Dumas fils, <u>La Dame aux camélias</u>. L'histoire est pour ainsi dire autobiographique, car l'héroïne, Marguerite Gauthier, est en fait la représentation d'une jeune courtisane nommée Marie Duplessis, dont Dumas s'est épris. La pauvre enfant meurt en 1847 de tuberculose. Dans le roman, la phtisie est évoquée très subtilement : "La chambre où elle s'était réfugiée n'était éclairée que par une seule bougie posée sur une table. Renversée sur un grand canapé et sa robe défaite, elle tenait une main sur son coeur et laissait pendre l'autre. Sur la table il y avait une cuvette d'argent à moitié pleine d'eau ; cette eau était marbrée de filets de sang." (14-17) A la fin du roman, l'état de santé de la pauvre jeune femme se dégrade. Le visage pâle, les cheveux délissés, elle confie : "j'ai toussé et craché le sang toute la nuit. Aujourd'hui je ne peux plus parler, à peine si je peux remuer les bras."

Après la Comédie humaine, de Balzac, <u>Les Rougon-Maquart</u>, d'Emile Zola, dont le roman "de base" <u>La Fortune des Rougon</u> parait en 1871, nous dépeint l'Histoire naturelle et sociale d'une famille sous le Second Empire. Le dernier volume écrit en 1893, raconte l'histoire d'un médecin <u>Le Docteur Pascal</u>. Ce bon docteur est prévenant avec sa clientèle, il est également d'un naturel curieux, et entreprend des travaux de recherche concernant l'hérédité et la thérapeutique de la tuberculose : "Dans son étude sur la phtisie, il avait conclu qu'elle n'était pas héréditaire mais que tout enfant de phtisique apportait un terrain dégénéré où la phtisie se développait avec une facilité rare, il ne songeait

plus qu'à enrichir ce terrain appauvri par l'hérédité pour lui donner la force de résister aux parasites, ou plutôt aux ferments destructeurs qu'il soupçonnait dans l'organisme longtemps avant la théorie des microbes. Donner de la force, tout le problème était là ; et donner de la force c'était aussi donner de la volonté, élargir le cerveau en consolidant les autres organes".(47)

3. Traitement

La tuberculose dans sa forme généralisée est incurable. Jusqu'aux abords de 1910, les scientifiques sont restés impuissants face à ce fléau. Les remèdes contre la tuberculose se révèlent en grand nombre pour demeurer inefficaces, qu'ils se présentent sous forme de fumigations, d'injections, de sérums, de philtres...

Dès la découverte du bacille responsable, les différents laboratoires de bactériologie recherchent activement une méthode de traitement. C'est ainsi que les Drs Richet et Héricourt rendent réfractaires à la tuberculose des lapins, qui y sont pourtant fortement prédisposés, en injectant dans leurs veines le sang d'un animal comme le chien que l'on suppose alors en être à peu près indemne ; de même, Emile Roux et Mentschnikov dans le laboratoire de Pasteur participent activement aux recherches.

"Tout-à-coup, éclata la nouvelle que le Dr Koch, le professeur éminent de Berlin, connu du monde entier pour avoir révélé, à deux ans de distance, le bacille de la tuberculose et celui du choléra, avait trouvé le moyen de guérir la phtisie. Cette nouvelle eût un retentissement énorme. Aussitôt Pasteur avait adressé à son illustre élève des félicitations chaleureuses. (...) Médecins et malades accourraient de toute part vers le sauveur. Des instituts étaient prêts à se fonder pour appliquer sa méthode et la propager. Prématurément, le conseil municipal de Paris, invitait dans sa circulaire du 3 décembre 1890, l'administration à prendre les mesures nécessaires pour le traitement de la tuberculose d'après cette méthode. Koch avait distribué libéralement, d'ailleurs, son fluide précieux : la toxine dont on allait éprouver assez tôt les effets redoutables" (19)

En effet, la toxine doit être à la fois un moyen de diagnostic, et un remède contre la tuberculose. Elle permet effectivement de révéler la présence de l'agent pathogène et de fixer le médecin par le caractère de la réaction produite. Malheureusement, elle ne constituent en

aucun cas un moyen thérapeutique. Certains même vont jusqu'à dire que les inoculations sont responsables de nombreux décès, constituant une substance pyrétogène plus active que le venin des serpents les plus dangereux. (19)

Il faut attendre le XXème siècle, plus exactement 1921, pour la mise au point par Calmette et Guérin, du vaccin BCG. Ce n'est qu'en 1944 que Waksman, Schatz et Bugie démontrent l'activité antituberculeuse de la Streptomycine. Avant cela, le traitement repose sur la prévention, les séjours en sanatorium ou les cures libres en campagne pour les tuberculeux curables, les colonies de vacances pour les enfants, les jardins ouvriers extra-urbains, les restaurants économiques, les dispensaires, et surtout la transformation charitable des maisons insalubres en habitations aérées et saines. Tels sont les moyens mis en oeuvre à la fin du XIXème siècle pour tenter de limiter les ravages de la tuberculose. Là encore, nous retrouvons l'importance donnée à la qualité de l'air respiré par les malades et à leur cadre de vie.

5) Les maladies vénériennes / La syphilis

1. Epidémiologie

Les maladies vénériennes et notamment la Syphilis, posent un grave problème de santé publique. La difficulté de recenser le nombre de cas de cette maladie "honteuse", fait qu'il est peu aisé de trouver des chiffres statistiques concernant ces maladies.

La syphilis, comme on le pense à cette époque, est transmise par l'action d'un "virus syphilitique" sur un tissu organisé. Cette transmission peut être immédiate ou médiate. Dans le premier cas, elle résulte d'un contact direct entre le syphilitique et le sujet sain, que le syphilitique soit en période de *puissance de chancre* ou qu'il soit arrivé à la période des *accidents secondaires*. Dans le second cas, le "virus" est déposé sur un objet qui sert d'intermédiaire.

Les maladies vénériennes restent inséparables du mouvement des armées. En 1842, le président du conseil, ministre secrétaire d'Etat de la guerre, rend un arrêté relatif aux mesures prophylactiques à prendre contre les affections syphilitiques et cutanées, qu'il adresse aux autorités militaires compétentes : "Les affections vénériennes s'étendent

parmi les troupes dans une proportion qui renverse, chaque année, les calculs établis sous le rapport du nombre des malades comparé à l'effectif, j'ai fait rechercher quels seraient les moyens qui pourraient arrêter dans l'armée les progrès de la contagion.(...)

Les deux principes sont les suivants :

1) Abolition de la punition d'un mois de consigne, indistinctement infligée aujourd'hui aux vénériens sortant des hôpitaux ; punition qui, en portant les hommes à réclamer les secours des empiriques, au lieu de déclarer spontanément un mal aux officiers de santé militaires, devient souvent la cause première des affections les plus graves, qu'une longue et énergique médication peut seule ensuite guérir, non sans énerver souvent, pour toujours, l'homme qui a été soumis.

2) Admission, au compte de la guerre, dans les hôpitaux, des militaires de réserves et de ceux en jouissance d'un congé provisoire de libération.(...)

Ce système tend à atteindre partout, autant que possible, et à faire traiter, au début de la maladie, les individus chez lesquels la syphilis s'est déclarée.(...)"(56)

Un second arrêté vient compléter les mesures précédentes, fixant de façon plus précise la conduite à tenir devant un cas de syphilis ou de gale chez un membre de la garnison : "Tout militaire, atteint de syphilis ou de gale, doit immédiatement en faire la déclaration au chirurgien du corps. Il n'encourt aucune punition s'il se présente spontanément, et dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie.(...)

Quand un corps quitte une garnison, le commandant, avant le départ, et le jour qu'il juge convenable, fait passer la visite des officiers de santé, les militaires qui déclarent être atteints de gale ou de syphilis, et ceux qu'il serait convenable d'assujettir à cette visite(...)

Les hommes atteints de maladie vénérienne ou cutanée seront immédiatement admis dans les infirmeries régimentaires ou dans les hôpitaux.(...)

Tout brigadier, caporal et soldat partant de son corps pour voyager isolément, sera soumis, avant son départ, à une visite sanitaire, à l'effet de s'assurer s'il n'est atteint ni de maladie vénérienne ni de gale. Cette visite sera constatée par un certificat du chirurgien major ou aide-major, qui sera visé par l'officier supérieur commandant et annexé à la feuille de route du militaire.(...)

Les chefs de corps veilleront avec une sollicitude éclairée à l'exécution des visites prescrites par les ordonnances du 2 novembre 1833, dans l'intérêt du soldat, non moins que dans un intérêt d'hygiène publique, et ils tiendront rigoureusement la main aux mesures déterminées par le présent arrêté."

La Syphilis, on le sait déjà à l'époque, est aussi véhiculée par les filles de petite vertu. Les maisons closes sont alors le siège de contrôles incessants, certaines même, sont fermées si elles constituent un danger pour la santé publique. Les maladies vénériennes sont également transmises par les mères nourricières, porteuses d'un chancre au sein, qui sont susceptibles de se déplacer de la ville vers les campagnes, et ainsi de propager la maladie à de nombreux nourrissons. On connaît également une forme particulière de Syphilis, nommée "Syphilis héréditaire" à l'époque, qui n'est en fait que la forme résultant d'une transmission verticale, de la mère à l'enfant.(21) On a également recensé des cas de Syphilis "vaccinales", suite à l'injection de "fluide" vaccinal prélevé sur des enfants abandonnés, parmi lesquels les syphilitiques sont nombreux. (20)

2. Signes cliniques

La syphilis est connue comme évoluant en trois phases : la syphilis primitive est caractérisée par l'apparition d'un chancre d'inoculation après 2 à 6 semaines de période d'incubation. "Il est ordinairement arrondi, à surface lisse, à fond grisâtre, lardacé. Ses bords sont saillants, mais non décollés. Le fond semble être creusé en godet. Sa base est indurée et donne au toucher la sensation d'un corps cartilagineux" (19) Puis le chancre induré suppure et laisse s'écouler une sérosité louche et sanieuse. En même temps, apparaissent les adénopathies, multiples, indolentes et dures : "parmi ces ganglions, il en est un qui prend un plus grand développement et qui forme le bubon (...) Il siège toujours où aboutissent les lymphatiques de la région sur laquelle s'est développé le chancre"

Naturellement, nous ne détaillerons pas la description des phases secondaire (où apparaît la roséole, précédée de signes généraux) et tertiaires (où prédomine l'atteinte viscérale : gommes syphilitiques, hépatite...), car ce n'est pas l'objet de notre sujet. Cependant, elles sont parfaitement connues sur le plan séméiologique à cette époque.

3. Traitement

Vers la fin du XIXème siècle, le traitement est spécifique de chaque phase de la maladie. En phase primaire, le traitement du chancre repose sur des pansements avec de la pommade au Calomel, du vin aromatique ou de la poudre d'iodoforme. Les accidents secondaires sont justiciables de traitement mercuriel, soit en frictions, soit surtout sous forme de pilules ou solutions. On administre essentiellement les pilules de protoiodure de mercure, associées à du chlorate de potasse en gargarisme ou en potion pour combattre la salivation mercurielle. Quant à la phase tertiaire, les médecins la traitent par du iodure de potassium.

b) Les médecins vus par leurs contemporains

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, la littérature est une source inépuisable de témoignages d'époque. Le personnage du médecin est souvent raillé au début du siècle, présenté comme un sujet ridicule. On se moque, parce qu'en fait, on redoute ces Hommes qui ont la connaissance du corps "interne", savoir longtemps interdit, et qui côtoient quotidiennement cette mort qui effraye. Puis, avec l'acquisition des connaissances et les premières victoires thérapeutiques (par exemple la vaccination contre la variole), le médecin est sublimé. Il est enfin considéré comme un véritable savant.

1) Le médecin ridicule

Souvent la proie de raillerie, le médecin est un personnage classique de la littérature française au XIXème siècle. Henri Beyle, dit Stendhal (1782-1842), présente les différentes facettes d'un médecin hors du commun, le Dr Sansfin, homme bossu, qui contourne son infirmité par une grande aisance d'esprit. Dans son roman *Lamiel*, Stendhal nous dépeint la Normandie, et l'histoire de Lamiel, l'héroïne, dont le Dr Sansfin s'éprend (37):

"(...) Enfin Lamiel tomba sérieusement malade. Le danger fut si grand, dès le début de la maladie, que la duchesse se résigna à faire appeler le docteur Sansfin.(...) La vanité sans bornes du médecin bossu jouit délicieusement de cet appel du château; cela seul manquait à sa gloire

dans le pays. Il résolut de produire une impression profonde. Selon lui, la duchesse devait mourir d'ennui ; en conséquence, pendant la première moitié de la visite, il fut d'une grossièreté parfaite ; il adressait des mots les plus étranges à cette dame, dont il savait si bien que le langage était si mesuré et si élégant. Puis il fut émerveillé par la maladie de la jeune fille.

- Voici un cas bien rare en Normandie, se dit-il; c'est l'ennui, et l'ennui malgré le commerce de la duchesse, l'excellent cuisinier, les primeurs, les beaux meubles du château, etc. Ceci devient curieux; donc ne pas me faire chasser; j'ai appliqué le caustique grossier avec assez de force. D'ailleurs cette femme peut se trouver mal, s'évanouir, je m'ennuierais ici. Plus de mesure, monsieur le docteur! (...)

Sansfin revint tout à coup à ses façons plus ordinaires ; si elles n'étaient pas fort distinguées, elles annonçaient du moins un homme réfléchi, accablé de travail et n'ayant le temps ni d'adoucir le feu de ses pensées, ni de polir ses expressions. Il prit l'air lugubre :

- Madame la duchesse, j'ai la douleur de devoir préparer votre esprit à tout ce qu'il y a de plus triste ; tout est fini pour cette aimable enfant. Je ne vois qu'un moyen de retarder peut-être les progrès de cette maladie de poitrine ; il faut, ajouta-t-il en reprenant l'air dur, qu'elle aille occuper dans la chaumière des Hautemare la petite chambre où elle a vécu si longtemps.
- L'on ne vous a pas appelé, monsieur, s'écria la duchesse avec colère, pour changer l'ordre de ma maison, mais pour tâcher, si vous le pouvez, de guérir l'indisposition de cette enfant.
- Agréez l'hommage de mon profond respect, s'écria le docteur d'un air sardonique, et faites appeler M. le curé. Mon temps est réclamé par d'autres malades que leurs entours me permettront de guérir".

Charles Bovary, Officier de santé, poussé par le pharmacien Homais, tente une opération chirurgicale sur le pied-bot du pauvre Hippolyte, simple valet de ferme, qui n'a d'ailleurs rien demandé..."Le malheureux céda, ce fut comme une conjuration." écrit Flaubert.

Le pharmacien Homais publie une communication relatant les faits au "Fanal de Rouen": "Monsieur Bovary, un de nos praticiens les plus distingués a opéré d'un pied-bot le nommé Hyppolite Tautin, garçon d'écurie depuis vingt-cinq ans à l'hôtel du Lion d'Or tenu par madame veuve le François. La nouveauté de la tentative et l'intérêt qui

s'attachaient au sujet avaient attiré un tel concours de population qu'il y avait véritablement encombrement au seuil de l'établissement. L'opération, du reste, s'est pratiquée comme par enchantement, et à peine si quelques gouttes de sang sont venues sur la peau comme pour dire que le tendon rebelle venait de céder sous les efforts de l'art. Le malade, chose étrange (nous l'affirmons de visu) n'accusa point de douleur. Son état jusqu'à présent ne laisse rien à désirer. Tout porte à croire que la convalescence sera courte, et qui sait même si à la prochaine fête villageoise nous ne verrons pas notre brave Hyppolite figurer dans les danses bachiques au milieu d'un coeur de joyeux drilles et ainsi prouver à tous les yeux par sa venue et ses entrechats, sa complète guérison ?(...)"

Au lieu de cela, des complications infectieuses apparaissent, le pauvre garçon souffre de plus en plus, si bien qu'il faut songer à amputer : "Le confrère appelé pour cela ne se gêna pas pour rire dédaigneusement lorsqu'il découvrit cette jambe gangrenée jusqu'au genou. Puis, ayant déclaré net qu'il fallait amputer, il s'en alla chez le pharmacien déblatérer contre les ânes qui avaient pu réduire un malheureux homme en un tel état."

Et Flaubert (1821-1880) ajoute, qu'il ne reste plus à Charles Bovary qu'à écouter "immobile, les derniers cris de l'amputé qui se suivaient en modulations traînantes, coupés de saccades aiguës, comme le hurlement lointain de quelques bêtes qu'on égorge." (14)

Au théâtre, le personnage du médecin est souvent représenté comme un être bizarre ou naïf. Le Dr Malingear, médecin dans la pièce <u>La poudre aux yeux</u>, d'Eugène Labiche (1815-1888), est visiblement très critiqué, même par sa propre épouse...(14-29)

Dans la scène II, mettant en scène Madame Malingear et son mari, nous pouvons lire :

Malingear, *entrant par le fond*C'est moi... Bonjour, ma femme!

Madame Malingear Tiens...Tu étais sorti ?...D'où viens-tu ?...

Malingear Je viens de voir ma clientèle.

Madame Maligear

Ta clientèle! Je te conseille d'en parler... Tu ne soignes que les accidents de la rue, les gens qu'on écrase ou qui tombent par les fenêtres.

Malingear, s'asseyant

Eh bien, ce matin, on est venu me chercher à six heures...Chez moi...J'ai un malade.

Madame Malingear

C'est la première fois, depuis deux ans, qu'on songe à te

déranger.

Malingear
Je me lance.

Madame Malingear

A cinquante-quatre ans, il est temps! Veux-tu que je te dise : c'est le savoir-faire qui te manque, tu as une manière si ridicule d'entendre le médecine!

Malingear Comment?

Madame Malingear

Quand, par hasard, le ciel t'envoie un client, tu commences par le rassurer...Tu lui dis : "ce n'est rien ! c'est l'affaire de quelques jours."

Malingear Pourquoi effrayer?

Madame Malingear

Avec ce système-là, tu as toujours l'air d'avoir guéri un bobo, une engelure!... Je connais plusieurs de tes confrères... de vrais

médecins, ceux-là! Quand ils approchent un malade, ce n'est pas pour deux jours! Ils disent tout de suite: "ce sera très long, très long!" Et ils appellent un de leurs collègues en consultation.

Malingear

A quoi bon ?...

Madame Malingear

C'est une politesse que celui-ci s'empresse de rendre la semaine suivante... Voilà comment on se fait une clientèle!

Malingear

Quant à moi, jamais!

Madame Malingear

Toi, avec ta bonhomie, tu as perdu peu à peu tous tes clients... Il t'en restait un... Le dernier... un brave homme...

Malingear

M. Dubourg... notre voisin?

Madame Malingear

Il avait avalé une aiguille sans s'en douter... Tu le traites quinze jours... Très bien !... ça marchait... Mais voilà qu'un beau matin, tu as la bêtise de lui dire : "mon cher M. Dubourg, je ne comprends rien du tout à votre maladie."

Malingear

Dame !... quand on ne comprend pas !...

Madame Malingear

Quand on ne comprend pas... on dit : "C'est nerveux!"... Ah! si j'étais médecin!...

2) le médecin honoré

Balzac, dans l'univers de <u>La Comédie humaine</u>, nous présente plusieurs portraits de médecins. Ces individus apparaissent dans différents romans, grâce à la technique du retour des personnages inventée par Balzac lui-même.

Tout d'abord, Bianchon, dont nous avons parlé précédemment, personnage secondaire inspiré d'un cardiologue bien connu de Balzac, incarne à la fois le fils spirituel, l'ami intime et le double de l'auteur. Nous savons que sur son lit de mort, Balzac agonisant, l'appelle et aurait dit : "Si Bianchon était là, il me sauverait". Bianchon est donc au coeur de la Comédie Humaine, inépuisable, il finit par soigner de nombreux personnages : Goriot, les Bridau, Louis Lambert, Nucingen, Rubempré, Raphaël, la duchesse Charlotte, Caroline Crochard, Marie Gaston, le comte Laginski, les époux Crevel, la cousine Bette...

"le vrai médecin, dit Bianchon, se passionne pour la science. Il se soutient par ce sentiment autant que par la certitude de son utilité sociale." On rencontre donc une nouvelle race de médecins qui parviennent à donner du lustre à la profession. Le médecin Bianchon, dans son activité, inspire confiance. Il a des connaissances dans tous les milieux, mondains ou paysans, et ne perd jamais son libre-arbitre et sa maîtrise de soi.

Le personnage de Bianchon apparaît dès 1845 dans le roman *L'Interdiction*, figurant dans les scènes de *La Vie privée*. Il incarne le neveu d'un honorable juge au tribunal d'instance du département de la Seine, et soigne à titre gratuit tous les patients qu'il lui recommande.

"Les médecins qui ont exercé ne voient que la maladie; moi je vois encore le malade, mon cher garçon", confie-t-il à son ami Rastignac dans <u>Le Père Goriot</u>. Bianchon est un homme plein de bon sens, et Balzac, par ses yeux, jette sur la société un regard parfois acerbe: "Crois-moi, dit Bianchon, les médecins sont habitués à juger les Hommes et les choses; les plus habiles d'entre nous confessent l'âme en confessant le corps" (5)

Un autre médecin illustre nommé Desplein, incarne le héros de la nouvelle *La Messe de l'athée* que Balzac dédie à son ami Auguste Borget. (14)



"le vrai médecin, dit Bianchon, se passionne pour la science..." Honoré de Balzac.

Desplein est un chirurgien éminent, dont Bianchon a été l'élève : "La gloire des chirurgiens ressemble à celle des acteurs qui n'existent que de leur vivant et dont le talent n'est plus appréciable dès qu'ils ont disparu. Les acteurs et les chirurgiens comme aussi les grands chanteurs comme les virtuoses qui décuplent par leur exécution la puissance de la musique sont tous des héros du moment. Desplein offre la preuve de cette similitude entre la destinée de ces génies transitoires. Son nom si célèbre hier, aujourd'hui presque oublié, restera dans sa spécialité sans en franchir les bornes. Mais ne faut-il pas des circonstances inouïes pour que le nom d'un savant passe du domaine de la science dans l'histoire générale de l'Humanité ? Desplein avait-il cette universalité de connaissances qui fait d'un homme de génie la figure d'un siècle? Desplein possédait un divin coup d'oeil : il pénétrait le malade et sa maladie par une intuition acquise ou naturelle qui lui permettait d'embrasser des diagnostics particuliers à l'individu, de déterminer le moment précis, l'heure, la minute à laquelle il fallait opérer en faisant la part aux circonstances atmosphériques et aux particularités du tempérament. Pour marcher ainsi de concert avec la nature, avait-il donc étudié l'incessante jonction des êtres et des substances élémentaires contenues dans l'atmosphère ou que fournit la terre à l'homme qui les absorbe et les prépare pour en tirer une expression particulière ? Procéderait-il par cette puissance de déduction et d'analogie à laquelle est dû le génie de Cuvier? Quoiqu'il en soit cet homme s'était fait le confident de la Chair, il la saisissait dans le passé comme dans l'avenir en s'appuyant sur le présent."

Le Docteur Larivière, médecin de renom, accourt au chevet d'Emma Bovary, agonisante, suite à l'ingestion de poison. Flaubert en fait une description assez élogieuse : "Il appartenait à la grande école chirurgicale sortie du tablier de Bichat, à cette génération, maintenant disparue, de praticiens philosophes qui, chérissaient leur art d'un amour fanatique, l'exerçaient avec exaltation et sagacité! Tout tremblait dans son hôpital quand il se mettait en colère, et ses élèves le vénéraient si bien, qu'ils s'efforçaient, à peine établis, de l'imiter le plus possible; de sorte que l'on retrouvait sur eux, par les villes d'alentour, sa longue douillette de mérinos et son large habit noir, dont les parements déboutonnés couvraient un peu ses mains charnues, de fort belles mains, et qui n'avaient jamais de gants, comme pour être plus promptes à plonger dans la misère. Dédaigneux des croix, des titres et des académies, hospitalier, libéral,

paternel avec les pauvres et pratiquant la vertu sans y croire, il eût presque passé pour un saint si la finesse de son esprit ne l'eût fait craindre comme un démon. Son regard, plus tranchant que ses bistouris, vous descendait droit dans l'âme et désarticulait tout mensonge à travers les allégations et les pudeurs. Et il allait ainsi, plein de cette majesté débonnaire que donne la conscience d'un grand talent, de la fortune, et quarante ans d'une existence laborieuse et irréprochable."

Dans <u>Le cousin Pons</u>, Balzac nous décrit la vie du médecin de quartier : "A Paris, dans chaque quartier, il existe un médecin dont le nom et la demeure ne sont connus que de la classe inférieure, des petits bourgeois, des portiers, et que l'on nomme conséquemment le médecin du quartier. Ce médecin, qui fait les accouchements et qui saigne, est en médecine ce qu'est dans les "Petites-Affiches" le "domestique pour tout faire". Obligé d'être bon pour les pauvres, assez expert à cause de sa grande pratique, il est généralement aimé.". Le Dr Poulain est justement un médecin de quartier, représenté comme un parisien arriviste. Il rend visite au cousin Pons, atteint visiblement d'un ictère post hépatitique : "Vous avez (...) la jaunisse ; mais ce ne sera rien, ajouta le docteur Poulain en écrivant une ordonnance.

Malgré ce dernier mot consolant, le docteur avait jeté sur le malade un de ces regards hippocratiques, où la sentence de mort, quoique cachée sous une commisération de coutume, est toujours aussi devinée par des yeux intéressés à savoir la vérité. Aussi, madame Cibot, qui plongea dans les yeux du docteur un coup d'oeil espion, ne se méprit-elle pas à l'accent de la phrase médicale ni à la physionomie hypocrite du docteur Poulain, et elle le suivit à sa sortie.

- Croyez-vous que ce ne sera rien ? dit madame Cibot au docteur sur le palier.
- Ma chère madame Cibot, votre monsieur est un homme mort, non par suite de l'invasion de la bile dans le sang, mais à cause de sa faiblesse morale. Avec beaucoup de soins, cependant, votre malade peut encore s'en tirer; il faudrait le sortir d'ici, l'amener voyager...
- Et avec quoi ?... dit la portière. Il n'a pour tout potage que sa place, et son ami vit de quelques petites rentes que lui font de

grandes dames auxquelles il aurait, à l'entendre, rendu des services, des dames très charitables. C'est deux enfants que je soigne depuis neuf ans.

- Je passe ma vie à voir des gens qui meurent, non pas de leurs maladies, mais de cette grande et incurable blessure, le manque d'argent. Dans combien de mansardes ne suis-je pas obligé, loin de faire payer ma visite, de laisser cent sous sur la cheminée !...

-Pauvre cher monsieur Poulain...dit madame Cibot. Ah! Si vous n'aviez les cent mille livres de rente que possèdent certains grigous du quartier, qui sont de vrais déchaînés des enfers, vous seriez le représentant du bon Dieu sur la terre.

Le médecin parvenu, par l'estime de messieurs les concierges de son arrondissement, à se faire une petite clientèle qui suffisait à peine à ses besoins, leva les yeux au ciel et remercia madame Cibot par une moue digne de Tartuffe".

E. Bouleversement des idées

Le XIXème siècle est le siège d'un grand bouleversement des idées au sein de la pensée scientifique. Dans la première moitié du siècle naît le concept de la médecine anatomo-clinique et une nouvelle approche des maladies grâce au concept de spécificité. C'est seulement à la fin du siècle que sera reconnue la théorie des germes de Pasteur, ouvrant ainsi la porte de la bactériologie. Avant cela, un grand nombre d'opinions s'affrontent...

a) La médecine anatomo-clinique

Elaborée par Bichat (1771-1802), elle consiste à mettre en relation les symptômes du malade vivant et les lésions de ses organes après sa mort pour mieux comprendre les maladies. D'autres médecins dont Bretonneau (1778-1862) participent au développement du concept de spécificité : les maladies sont individualisées parce qu'elles ont une cause particulière. Des symptômes sans liens apparents sont regroupés pour former un diagnostic précis, le traitement devient lui aussi propre à cette maladie. Bretonneau, médecin non universitaire, animé par la pensée anatomo-clinique, attribue ainsi à la seule diphtérie un type d'angine à

fausses membranes, une laryngite suffocante, des paralysies oculaires ou du voile du palais.

Les obstacles à la médecine anatomo-clinique sont essentiellement d'ordre moral. Les familles s'opposent rapidement à ces pratiques, préférant "respecter" les dépouilles mortelles de leurs proches. De ce fait, un véritable trafic de cadavres s'instaure, qui profite bien évidemment aux étudiants les plus aisés.

b) L'affrontement des théories

Au XIXème siècle, les praticiens adoptent une nouvelle conception de la maladie grâce à la démarche anatomo-clinique. L'ancienne théorie des "humeurs" semble donc bien disparue des esprits, mais cependant paraît influencer des théories plus modernes comme la Doctrine physiologique de Broussais (1772-1838) qui triomphe en France vers les années 1825-1835. Ce médecin considère que la gastro-entérite, ou irritation de la muqueuse intestinale, est à l'origine profonde de toutes les maladies. Ses réponses thérapeutiques consistent en des diètes sévères et de fréquentes saignées. Souvent moquée, la théorie physiologique de Broussais montre bien le compromis entre les vieilles théories des humeurs et la démarche anatomo-clinique; elle s'adapte également particulièrement bien à l'exercice en milieu rural, où les ressources thérapeutiques restent tout à fait sommaires, et aux anciens médecins militaires qui n'ont eu que trop peu de temps pour apprendre la pharmacopée...

Les autres causes de son succès sont d'ordre politique : libéral et adversaire de la Restauration, Broussais sait fort bien mélanger message scientifique et message politique. L'attachement des étudiants à sa doctrine manifeste leur refus du système en place, et leur penchant pour la révolution.(12)

Mais devant de nombreux résultats catastrophiques, certains médecins se demandent alors si "vouloir rapporter tous ces phénomènes morbides à une seule et même cause, ce n' est pas poser des bornes trop étroites à la puissance infinie de la nature" (28). D'autres sont plus virulents : "Napoléon décima la France, Broussais la saigna à blanc", dira-t-on.

Face aux "Broussaisistes", naît le courant du vitalisme. Sous toutes ses variantes, le vitalisme affirme qu'il existe en chaque homme un principe immatériel, l'âme ou la force vitale, dont la plus ou moins grande vigueur conditionne l'état de santé. Dans ce cadre, le médecin doit limiter son action au moment opportun pour exciter le plus discrètement possible la force vitale. On voit comment cette médecine attentiste, qui croit en les vertus curatives de Dame Nature, peut se concilier aisément avec les croyances religieuses les plus traditionnelles. C'est ainsi que les médecins les plus pieux et conservateurs sont des adeptes de cette théorie : Laënnec et Récamier (1774-1852) par exemple. (12)

Désormais, le pragmatisme et l'observation sont à l'ordre du jour. Il prennent parfois de curieux détours. C'est ainsi que certains médecins constatent à partir de 1814, que les maladies sont devenues plus fréquentes et plus graves. Il pensent mettre en évidence des liens étroits entre l'évolution des pathologie et la météorologie. En effet, ils attribuent ce phénomène à l'irrégularité des saisons et à l'augmentation du froid humide que l'on remarque depuis le tremblement de terre de Lisbonne. (9)

"Parmi les causes variées des maladies aiguës, l'influence de la température de chaque saison est la plus active et la plus consistante. C'est par quelques remarques sur cette température qu'on doit constater l'histoire des maladies. Chaque maladie dispose d'un terrain climatique favorable : le printemps reste pourvoyeur des fièvres intermittentes, l'été celui des fièvres gastriques et les températures extrêmes accroissent le nombre des malades."(30)

Ainsi, au cours de son examen clinique, le médecin collecte une somme d'informations, dont celles qui ont trait à l'environnement physique du patient, son cadre de vie. Le médecin se préoccupe également de la qualité de l'air que le malade respire chez lui et sur son lieu de travail. Cette priorité accordée à l'air, est très ancienne, et reste liée à l'habitude d'établir une relation entre le corps humain (le microcosme) et l'univers (macrocosme). L'air est également l'élément de la nature le plus facilement analysable de façon scientifique grâce aux nouvelles inventions (baromètre, thermomètre) et aux travaux de Lavoisier (1743-1794). Les altérations de l'air sont le premier élément par lequel on tente de rendre compte du déclenchement et de la disparition des épidémies. On a tôt fait d'établir des corrélations entre l'apparition de la dysenterie et la présence d'un temps chaud et humide, entre la multiplication des catarrhes et le retour des brouillards d'automne. Le mauvais air (mal'aria en italien) provenant des

marais est à l'origine du paludisme. Cet "aérisme" diffus nourrit le succès de la théorie de l'infection.(12).

Vers la fin du XIXème siècle seulement, la grande majorité des médecins se convertit à la théorie cellulaire de Virchow ainsi qu'à la théorie des germes. La bactériologie permet en effet d'expliquer, par un nouveau modèle scientifique, l'étiopathogénie de nombreuses maladies, et laisse entrevoir des possibilités inespérées en matière de prévention et de traitements.

c) La théorie cellulaire

Avant 1850, l'ovisme et la théorie de la préformation font foi au sein de la pensée scientifique. Voilà qu'un nouveau concept vient bouleverser toutes ces croyances fondamentales : l'idée, en effet, que tout organisme animal ou végétal est constitué de tissus (comme l'a suggéré Bichat, dans son ouvrage *Traité sur les membranes*, en 1800). Vers 1850, Scwann et Schleiden énoncent la théorie cellulaire : tout organisme vivant est constitué de cellules (vivants élémentaires).

La théorie cellulaire est complétée par une notion fondamentale avancée par Virchow en 1858 : "une cellule naît toujours d'une cellule préexistante", déclare-t-il, "et leur multiplication est liée à leur noyau". L'examen de la chromatine sera plus tardif, mais la mitose puis la méiose et le concept des chromosomes sont définis entre 1883 et 1888.

Bien sûr, la notion d'hérédité est connue à cette époque, mais les scientifiques ne se doutent pas encore que les chromosomes sont en fait le support du génome via l'ADN... De plus, les recherches de Mendel sur les lois de l'hérédité en 1865, ne sont prises en compte par la communauté scientifique qu'à partir de 1900, sans aucun doute grâce au Nancéien Lucien Cuénot (1866-1951).

L'ovisme est une théorie définitivement réfutée entre 1825 et 1830, suite à la découverte de l'ovule par Von Baer, et à la mise en évidence de la migration des "animalcules" (que l'on appellera plus tard spermatozoïdes) au sein du tractus génital des lapines par Prévost et Dumas.

d) La démarche expérimentale

Les recherches en matière de physiologie sont dominées par le travail de Claude Bernard (1813-1878), qui publie en 1865 son fameux ouvrage <u>L'introduction à l'étude de la médecine expérimentale</u>, véritable modèle de raisonnement pour tous les chercheurs, et qui reste encore aujourd'hui une référence en la matière. Ses conclusions reposent sur des faits non plus subjectifs, mais observés lors d'une démarche expérimentale précise.

Dans *Le Roman expérimental*, daté de 1880, Emile Zola (1840-1902) nous expose le concept du roman naturaliste. Il compare sa méthode, appliquée à la littérature, et celle du physiologiste : (14)

"Sans doute nous sommes loin ici des certitudes de la chimie et même de la physiologie. Nous ne connaissons point encore les réactions qui les composent à la passion et qui permettent de les analyser. Souvent dans cette étude, je rappellerai ainsi que le "roman expérimental" est plus jeune que la médecine expérimentale, laquelle pourtant est à peine née. Mais je n'entends pas constater les résultats acquis, je désire simplement exposer clairement une méthode. Si le romancier expérimental marche encore à tâtons dans la plus obscure, la plus complexe science, cela n'empêche pas cette science d'exister. Il est indéniable que le roman naturaliste tel que nous le comprenons est une expérience véritable que le romancier fait sur l'Homme en s'aidant de l'observation."

Un autre physiologiste célèbre, Brown-Séquard (1817-1894), réalise des travaux d'une grande valeur scientifique, permettant l'étude de substances particulières, les futures hormones. Spécialiste du système nerveux, il étudie essentiellement l'insuffisance surrénalienne, élaborant des extraits glandulaires à partir de broyats pour des essais thérapeutiques en 1889. C'est le début de l'ère de l'opothérapie substitutive...

e) La théorie des germes

Le développement de la microbiologie lors de la deuxième moitié du XIXème siècle, modifie considérablement les données concernant la compréhension et la prise en charge des maladies.

Un chercheur français, Louis Pasteur (1822-1895), découvre qu'il est possible de transformer du sucre en alcool par un procédé nouveau à base de ferments, qui diffère de la putréfaction. Par cette découverte, il invente la "pasteurisation", processus qui permet de supprimer les germes responsables de la dégradation du lait et du vin. Une autre expérimentation a consisté à mettre en culture le "microbe" du choléra de la poule. Le vieillissement de la culture a permis d'atténuer la virulence du germe. L'inoculation de cette substance "antigénique" aux poules ne les a pas rendues cholériques, et même les a protégées contre l'action d'une culture virulente de germes responsables du choléra. La preuve est alors faite. Le succès est entier, quand Pasteur inocule le 6 juillet 1885, son vaccin antirabique, élaboré à partir du même procédé, au petit Joseph Meister, mordu par un chien enragé.

L'Institut Pasteur est inauguré en 1888. Par la suite, les élèves de Pasteur poursuivent son oeuvre, mettent au point en 1894 le sérum antidiphtérique (Roux) et découvrent de nombreux germes dont le bacille de la peste (Yersin).

Le XIXème siècle est donc le siège d'un véritable débat d'idées, qui sont à l'origine de la conception actuelle de l'approche diagnostique et thérapeutique des pathologies. La théorie des germes est un concept fondamental qui ouvre les portes de la bactériologie.

CONCLUSION

Conclusion

Tout au long du XIXème siècle, la mentalité des Français a évolué à propos de l'hygiène et de la santé. Il a fallu d'abord une prise de conscience générale, suite à la Révolution, quant à la nécessité de restructurer les systèmes d'enseignement, et ainsi de permettre la formation des médecins. Fourcroy a donc habilement utilisé le contexte historique comme prétexte pour parvenir à convaincre la Convention de l'utilité d'un tel projet devant l'augmentation des effectifs militaires, et le manque cruel de personnel soignant.

Les écoles de médecine naissent, et plusieurs filières de formation coexistent au départ : les écoles spéciales qui deviendront les facultés, et les "écoles libres", non reconnues, véritables cours privés qui laisseront place aux écoles secondaires puis préparatoires. Puis l'équivalence entre ces deux voies d'accès à l'étude de la médecine est proclamée grâce à l'arrêté du 22 août 1854. Ces écoles forment deux ordres de médecins, les docteurs en médecine et les officiers de santé, jusqu'en 1892, où l'officinat est supprimé, sans doute pour harmoniser le corps médical.

Outre les écoles et l'enseignement, le XIXème siècle a vu se construire progressivement notre système de santé contemporain. L'offre sanitaire charitable, constituée de l'action des associations religieuses, des dispensaires, des bureaux de bienfaisance, et de l'Assistance Publique, se développe. Le principe de la mutualité, quant à lui, responsabilise les Français et les sociétés de secours mutuel sont légalisées dès 1852.

Face aux épidémies meurtrières, l'Etat français décide de promouvoir de grandes campagnes de prévention, à savoir la vaccination, le développement de l'Hygiène. Les médecins ont du pour cela lutter contre les nombreuses réticences des Français, encore sous l'emprise d'un certain obscurantisme, largement favorisé par l'existence du charlatanisme.

Avant 1850, les ressources thérapeutiques sont très réduites, la pratique abusive de la saignée conduit à un véritable désastre. C'est seulement dans la deuxième moitié du siècle que le personnage du médecin est reconnu comme un authentique savant. Les progrès techniques et pharmaceutiques y ont joué pour une grande part. La pratique médicale, que ce soit en milieu rural, en ville ou en milieu hospitalier, a donc évolué tout au long du siècle.

Les Français demeurent attachés à leur médecin, considéré comme porteur du savoir, face à la maladie, obscure et effrayante. La démarche diagnostique se précise, à l'aide de toute une terminologie spécifique. Malheureusement, les traitements restent toujours symptomatiques...

Ainsi, tout au long du XIXème siècle, des progrès ont lieu, dans la pensée scientifique, avec l'évolution des théories, en particulier l'aboutissement des travaux de Pasteur, mais aussi dans la tête des Français qui finissent par se soumettre aux conseils éclairés de leurs médecins.

Bien sûr, ces progrès peuvent paraître dérisoires en comparaison des grandes découvertes du XXème siècle. Cependant, le XIXème siècle a façonné le tremplin qui a permis l'envolée scientifique du siècle suivant. Il a été une étape nécessaire, parce que les Français n'auraient sans doute pas été prêts, dans leurs habitudes, mais aussi dans leur mentalité, à accepter les grandes avancées scientifiques du XXème et celles à venir au XXIème siècle.

ANNEXE

A. CHRONOLOGIE DU XIXème siècle

1800 Création de la Banque de France - Volta : invention de la pile "Volta" - Revêtement de chaussée par Macadam.

Mme de Staël : *De la littérature considérée dans ses rapports avec les institutions sociales.*

Peuchet : <u>Statistiques générales et particulières de la France et de ses</u> colonies.

1801 Signature du Concordat avec le Pape

Chateaubriand : <u>Atala.</u>- Bichat : <u>Traité d'anatomie générale</u>.

1802 Réorganisation de l'instruction secondaire - Création de la Légion d'honneur - Création des chambres de commerce - Gay-Lussac : loi de dilatation des gaz.

Chateaubriand : <u>Génie du christianisme</u>-Staël : <u>Delphine</u>

1804 PREMIER EMPIRE - Règne de Napoléon Ier(1769-1821) - Adoption du Code civil.

1805 Jacquard perfectionne le métier à tisser (Lyon) - Fin du calendrier républicain.

1806 Début de la construction de la colonne Vendôme et de l'Arc de triomphe - Blocus continental.

1807 Début de confection du cadastre.

Mme de Staël: Corinne ou l'Italie.

1808 Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr - Début de la construction de la Bourse (Paris) - Création de l'université de France.

- **1810** Mariage de Napoléon Ier et de Marie-Louise Publication du code pénal.
- **1811** Ouverture de la rue de Rivoli (Paris) Découverte de la morphine par Courtois.

1812 Campagne de Russie.

Panckoucke: Dictionnaire des sciences médicales (1812-1822).

1814 PREMIERE RESTAURATION - Règne de Louis XVIII (1755-1824) - Charte Constitutionnelle - Laennec découvre l'auscultation médiate (stéthoscope).

1815 LES CENT JOURS-SECONDE RESTAURATION - Congrès de Vienne.

1816 Abrogation du divorce.

Benjamin Constant : Adolphe.

1818 Evacuation de la France par les Alliés.

1820 Romantisme (1820-1848)- Fondation de l'Académie de médecine à Paris.

Lamartine: Les Méditations poétiques.

Création des Annales de législation et d'économie politique.

1823 Expédition d'Espagne.

Stendhal : *Racine et Shakespeare*-Las Cases : *Mémorial de Sainte-Hélène*.

1824 RESTAURATION - Règne de Charles X (1757-1836) - Début du salon de l'Arsenal de Nodier - Création de l'imagerie d'Epinal.
Sadi Carnot : <u>Réflexion sur la force motrice du feu</u>-Création du journal <u>Le Globe</u>.-Antoine-Laurent Bayle : <u>La revue médicale</u>.

1825 Indépendance de Saint-Domingue.- Pierre Louis met au point la méthode numérique.

1826 *Création de la Librairie Hachette.* Le journal *Le Figaro* devient quotidien.

1827 Crise économique - Intervention navale en Grèce - Le Cénacle de Victor Hugo.

Victor Hugo : <u>Cromwell</u>-André-Marie Ampère : <u>Théorie mathématique</u> <u>des phénomènes électrodynamiques</u>.

1829 Charbonnerie française.

Victor Hugo : <u>Les Orientales</u>-Sainte-Beuve : <u>Vie, poésie et pensées de</u> <u>Joseph Delorme</u>-Balzac : <u>Les Chouans</u>.

1830 Prise d'Alger - Les Trois Glorieuses - MONARCHIE DE JUILLET - Règne de Louis-Philippe, roi des Français (1773-1850). Victor Hugo : <u>Hernani</u>-Stendhal : <u>Le Rouge et le Noir</u>-Lamartine : <u>Harmonies poétiques et religieuses</u>.

1830 Révolte des Canuts - Découverte du chloroforme par Liebig, Guthrie, Soubiran. - Le choléra pénètre en Russie. Victor Hugo : <u>Notre Dame de Paris</u>-Essor de la presse illustrée.

1832 Epidémie de choléra - Soulèvement d'Abdel-Kader (Algérie 1832-1847)

George Sand: Indiana.

1835 Création de l'agence Havas - Braille définie le système d'écriture pour les non voyants - Fabrication de la serigue de Pavaz.

Gauthier : <u>Mademoiselle de Maupin</u>. Honoré de Balzac : <u>Le Père</u>

Goriot.

1836 Inauguration de la ligne ferroviaire Paris-St-Germain-en-Laye - Inauguration de l'Arc de Triomphe à Paris.

Alfred de Musset : <u>La Confession d'un enfant du siècle</u> - Création du <u>Journal de mathématiques pures et appliquées</u>.

1837 Avènement de la Reine Victoria - Commission des Monuments historiques - Fondation de la société des gens de lettres - Télégraphe électrique par Morse.

- Honoré de Balzac : <u>Les Illusions perdues</u> Prosper Mérimée : <u>La Vénus</u> d'Ille.
- 1838 Loi française sur les aliénés.
- 1839 Premiers établissements au Gabon (1839_1843) Société d'ethnologie de Paris Vulcanisation du caoutchouc par Goodyear. Honoré de Balzac : <u>Splendeurs et misère des courtisanes</u> Stendhal : <u>La Chartreuse de parme</u> Lamartine : <u>Recueillements poétiques</u>.
- **1840** Premiers établissements français à Madagascar (1840-1841) Premier banquet communiste.
- **1842** Premiers établissements français en Côte-d'Ivoire, à Tahiti Création du réseau de chemin de fer Société d'Economie politique. Balzac : <u>La Comédie Humaine</u> Eugène Sue : <u>Les Mystères de Paris</u>.
- 1844 Dumas : Le Comte de Monte-Cristo et Les Trois Mousquetaires.
- 1848 Journées révolutionnaires (février) DEUXIEME REPUBLIQUE Abolition de l'esclavage Journées révolutionnaires de juin Présidence de Louis-Napoléon Bonaparte.

Chateaubriand : <u>Mémoires d'Outre-Tombe</u> - Dumas fils : <u>La Dame aux</u> <u>Camélias</u>.

- **1849** Premier timbre poste français.- Claude Bernard publie ses premières études sur la fonction glycogénique du foie. George Sand : <u>La Petite Fadette</u>
- **1851** Coup d'Etat de Louis-Napoléon Bonaparte Construction des Halles à Paris par Baltard (1851-1858) Utilisation des presses rotatives d'imprimerie.

Barbey d'Aurévilly : *Une Vieille maîtresse*-Sainte-Beuve : *Causerie du lundi*.

1852 SECOND EMPIRE - Règne de Napoléon III (1808-1873) - Création du Crédit foncier et du Crédit mobilier (les frères Pereire) - Premier aéronef à moteur.- Premier congrès international d'Hygiène.

Création de la Librairie Larousse.

1853 Annexion de la Nouvelle-Calédonie - Début des grands travaux d'Haussmann (1809-1891) - Organisation du Conseil supérieur des Prud'hommes - Création du Conseil supérieur de l'agriculture, de l'industrie et du commerce - Découverte de l'aspirine par Ch. Gerhard. Victor Hugo: <u>Les Châtiments</u>.

1854 Guerre de Crimée (1854-1855) - Début de la conquête du Sénégal - Procédé de fabrication industrielle de l'Aluminium par H. Ste Claire-Deville.

Gérard de Nerval : Les Filles du feu. George Sand : Histoire de ma vie.

1855 Première exposition universelle de Paris.

Gérard de Nerval : Aurélia.

1856 Découverte de l'homme de Néanderthal - Procédé de fabrication de l'acier par Bessener.

Victor Hugo: *Les Contemplations*-Flaubert: *Madame Bovary*.

1857 Occupation de la grande Kabylie - Eclairage au gaz des grands boulevards à Paris - Invention du papier à pâte de bois.

Théophile Gauthier : *Le Roman de la momie*-Baudelaire : *Les Fleurs du mal*.

1859 Guerre d'Italie - Fondation de la Société Générale - Société d'Anthropologie de Paris.

Victor Hugo : <u>La Légende des siècles</u>-Pierre Larousse : <u>Nouveau</u> <u>dictionnaire de la langue française</u>-Darwin : <u>De l'Origine des espèces</u>.

1860 Traité de libre-échange entre la France et l'Angleterre-Annexion de la Savoie et du Comté de Nice-Débarquement français au Liban.

1861 Début de la guerre de Sécession.- Broca localise l'aphasie dans le cerveau.- Florence Nightingale forme les premières infirmières. Théophile Gauthier : <u>Le Capitaine Fracasse</u>.

1862 Guerre du Mexique (1862-1867) - Occupation de la Cochinchine - Foucault : mesure de la vitesse de la lumière.

Victor Hugo : <u>Les Misérables</u>-Flaubert : <u>Salambô</u>-Leconte de Lisle : <u>Poèmes Barbares</u>.

1863 Percement du Canal de Suez - Protectorat sur le Cambodge - Fondation du Crédit Lyonnais. Création du <u>Petit -journal</u> par Millaud.

1864 Rétablissement du droit de grève - Première automobile à essence - Convention de Genève : création de la Croix rouge internationale. Jules Verne : <u>Voyage au centre de la Terre</u>.

1865 Reconnaissance légale de la valeur du chèque. Lois de Mendel. Claude Bernard : <u>Introduction à la médecine expérimentale</u>.

1866 Faillite du Crédit mobilier - Premières photographies en couleur (autochromes).

1867 Deuxième Exposition Universelle à Paris - Troupes françaises à Rome (1867-1870) - Loi sur les société anonymes. Création de la librairie Flammarion.

1868 *Napoléon III fonde une caisse pour les accidents du travail.* Alphonse Daudet : *Le Petit Chose*.

1869 Inauguration du Canal de Suez - Loi sur la libéralisation de la presse et du droit de réunion.- Classification des éléments par Mendeleïev.

Daudet : <u>Lettres de mon moulin</u> - Flaubert : <u>L'éducation sentimentale</u> - Jules Vernes : <u>20.000 lieues sous les mers</u> - Verlaine : <u>Fêtes Galantes</u>.

1870 Guerre franco-allemande - Défaite de Sedan - TROISIEME REPUBLIQUE - Gouvernement de la Défense nationale.

1871 COMMUNE de Paris - Traité de Francfort et cession de l'Alsace et de la Lorraine - Présidence d'Adolphe Thiers (1797-1877). Zola : <u>Les Rougon-Macquart</u> (1871-1893, 20 vol.).

1873 Présidence du maréchal de Mac-Mahon (1808-1893) - Cantor : théorie des ensembles.

Barbey d'Aurévilly : Les Diaboliques - Rimbaud: Une saison en enfer.

1874 Protectorat sur le Tonkin (traité de Hué) - Première exposition des Impressionistes.

Emile Zola : <u>La conquête de Plassans</u> - Victor Hugo : <u>Quatre-vingt</u> <u>treize</u> - Verlaine : <u>Romance sans paroles</u>.

1876 Bell invente le téléphone.

1877 Charles Cros et Edison inventent parallèlement le phonographe.

1878 Troisième Exposition Universelle à Paris.- Pasteur et les premiers microbes.

Hector Malot: Sans Famille.

1879 Présidence de Jules Grévy (1807-1891) - Pasteur découvre le principe du vaccin - Ecole Normale primaire - Etablissement du 14 juillet comme fête nationale et la Marseillaise comme hymne national. Jules Vallès : <u>L'Enfant</u>.

1880 Conquête du Soudan par Gallieni (1880-1895) - Amnistie des Communards.

1881 Protectorat sur la Tunisie - Gratuité de l'école primaire - Ouverture du cabaret Le Chat Noir - Création de l'Ecole des hautes études commerciales et de la société académique de comptabilité. Pierre Loti : <u>Azivadé</u> - Zola : <u>Le Roman expérimental</u>.

1882 Lois J.Ferry sur l'enseignement primaire laïque et obligatoire.

1883 Colonisation du Gabon et du Congo (1883-1886) - Début de la colonisation de Madagascar.

1884 Lois sur la liberté syndicale, le divorce et les communes - Le Symbolisme - Automobile à vapeur de Dion-Bouton - Invention de la poubelle par le préfet du même nom - Waterman invente le stylo à réservoir.

1885 Chute du gouvernement J.Ferry après la défaite de Long-san au Tonkin - Funérailles nationale de Victor Hugo - Protectorat français à Madagascar - Peugeot lance le vélocypède.
Guy de Maupassant : <u>Bel Ami</u>.

1887 Présidence de Sadi Carnot (1837-1894) - Création de l'Indochine française.- Falot, malformation cardiaque des "enfants bleus". Guy de Maupassant : <u>Le Horla</u>.

1888 Premier emprun russe - Fondation de Djibouti - Dunlop invente le pneumatique - Inauguration de l'Institut Pasteur.
Guy de Maupassant : <u>Pierre et Jean</u>.

1889 Faillite de la compagnie du Canal de Panama - Exposition universelle à Paris, inauguration de la Tour Eiffel.

1890 Destruction de l'Empire d'Ahmadou (Soudan) - Création du théâtre d'art par Paul Fort - Joseph Opinel crée son couteau.

1891 Occupation du Niger, protectorat sur le Laos. André Gide : Les Cahiers.

1892 Vague d'attentats anarchistes (1892-1894) - Début du scandal de Panama - Chronophotographie de Marey.

1893 Loi française sur l'assistance médicale gratuite

1894 Présidence de Jean Casimir-Perier (1847-1907) - Affaire Dreyfus (1894-1906) - Michelin met au point le pneu à chambre.

1895 Présidence de Félix Faure (1841-1899) - Roëntgen découvre les Rayons X (Allemagne) - Première scéance publique de cinéma par les frères Lumière (Paris) - Création de la C.G.T.

1897 Conquête du Tchad (1897-1912) - Inauguration de la Bibliothèque se la Sorbonne.

Stéphane Mallarmé : <u>Un coup de dés</u> - Edmond Rostant : <u>Cyrano de</u> <u>Bergerac</u>.

1898 Fondation de la Ligue des droits de l'homme - Fondation de l'Action française.

Emile Zola: J'accuse

1899 Présidence d'Emile Loubet (1838-1929) - Conquête de la Haute-Volta.

Octave Mirbeau : Le Jardin des supplices - Bergson : Le Rire.

1900 Exposition universelle à Paris - Ouverture de la ligne n°1 du métropolitain.

Octave Mirbeau : Journal d'une femme de chambre.

B. Petit lexique des mots en usage au XIXème siècle

Abaliéné, ée : membre abaliéné : celui dont l'usage est troublé par la paralysie complète ou non de quelqu'un, de ses nerfs ou de ses muscles.

Ablepsie : cécité.

Abortive (méthode -) : méthode de traitement qui a pour but de faire avorter, à son début, une inflammation, une maladie spécifique, comme la syphilis, la blennorragie, la pustule maligne, la rage... Ces abortifs sont presque toujours des caustiques.

Absinthe: L'absinthe officinale est emménagogue, antihelminthique, stimulante, tonique, stomachique et fébrifuge. A petites doses, elle rend de grands services, des doses plus fortes irritent l'estomac, déterminent de la céphalalgie, des vertiges, des troubles nerveux. On donne l'aménorrhée. la dvsménorrhée. les fièvres l'absinthe contre intermittentes, la dyspepsie, l'anémie, les vers intestinaux. Elle se prépare en infusion (feuilles et sommités 5 à 10 g/l d'eau; tonique) poudre (2à4 et 8 g en paquets, dans de l'eau sucrée) extrait (50 cg à 5 g en potions ou en pilules), teintures (1 à 10 g), vin (60 à 120 g, tonique), huile (1 sommité pour 10 g d'huile), en friction et fumigation (30 g/l d'eau). L'absinthe marine ne s'emploie guère que comme vermicide à la dose de 5 à 10 g qu'on fait infuser dans 125 g d'eau ou de lait. On la remplace souvent par un sirop plus agréable à prendre. Il faut toujours faire suivre ce vermifuge d'un purgatif. L'abus de la liqueur d'absinthe peut causer les plus graves accidents.

Absinthisme: Troubles produits par l'abus ou par la mauvaise préparation de l'absinthe. Ce sont des troubles intellectuels et des mouvements analogues à ceux de l'alcoolisme, mais pourtant distincts. L'absinthisme est suivi de convulsions épileptiformes, et à la longue, de manie, de ramollissement cérébral et de paralysie générale, qui est due à l'action vénéneuse de l'essence d'absinthe. (21)

Acoumètre : Instrument inventé par Itard pour mesurer l'étendue et la sensibilité de l'ouïe.

Aérhémoctonie: Mort par introduction d'air dans les veines. L'inspiration produit dans le thorax une tendance au vide qui est une cause d'accroissement de la circulation veineuse. Cette tendance au vide se fait sentir jusqu'à environ 15 cm au delà du thorax. Dans les opérations pratiquées en deçà de cette distance, notamment quand il opère sur le haut du bras, le cou ou l'aisselle, le chirurgien divise les veines. Par suite de leur situation, ou de leur adhérence, celles-ci peuvent rester béantes et aussitôt l'air pénètre dans leur intérieur, ce qu'on reconnaît à une sorte de gargouillement ou de sifflement qui accompagne cet accident. Aussitôt, l'opéré jette un cri de détresse, pâlit et tombe dans une syncope souvent mortelle. (21)

Aliéniste : Médecin qui s'occupe spécialement du traitement des maladies mentales.

Amadou: Dans les petites hémorragies que causent parfois les piqûres de sangsues, il suffit pour arrêter le sang, d'engager la pointe d'un petit cône d'Amadou dans la blessure, puis de recouvrir d'un autre morceau d'Amadou et d'exercer une certaine pression. Il s'agit d'une substance molle, spongieuse, issue de l'écorce du chêne. Trempée dans une solution de Salpêtre, elle entre en combustion facilement et sert ainsi pour allumer un feu.

Apoplexie: du mot grec apoplêxis, traduit par "je renverse" ou "je frappe en stupeur". Mot protéiforme de la médecine, l'apoplexie est traumatique, phlegmoneuse, suppurative, hydrocéphalique, épileptique, hystérique, narcotique, méphitique, suffocante, idiopathique, arthritique, vermineuse, foudroyante, fébrile, métastatique, pituiteuse, séreuse... Jusqu'au XIXème siècle, le mot s'emploie dans le langage populaire pour désigner une hémorragie cérébrale, un "transport au cerveau", un "coup de sang", une "attaque cérébrale" ou un "ramollissement du cerveau".

Apoplexie du coeur: terme introduit par Jean Cruveilhier en 1840 dans son atlas d'*Anatomie pathologique du corps humain* pour évoquer l'angine de poitrine ou toute autre lésion nécrosante des coronaires.

Cholérine ou Choléra-Nostra: C'est le choléra (sporadique) envisagé dans nos contrées, alors qu'il sévit sur quelques individus épars et non à l'état endémique, caractérisé par une diarrhée abondante quelques fois accompagnée de vomissements. Dans certains cas, les déjections alvines et les vomissements se répètent d'une façon inquiétante. Les crampes et le refroidissement des extrémités donnent une physionomie vraiment cholérique au choléra-nostra. Eau de riz, Bismuth, extraits gommeux d'opium, boissons excitantes, frictions sèches aromatiques sur les extrémités. (Encyclopédie Universelle - 1905)

Codex: La loi du 21 Germinal an XI qui règle l'exercice de la pharmacie en France, porte (art. 38) que "le gouvernement devra charger les professeurs des écoles de médecine ou de pharmacie de rédiger un Codex ou formulaire de préparations médicinales". C'est en vertu de cette disposition que fut publiée en 1816 le Codex Medicamentarius ou Pharmacopoea Gallica. Il a été refondu en 1837 et en 1867. Depuis cette époque, il est écrit en français. Il a été remanié et il est obligatoire pour les pharmaciens depuis le 15 mars 1884 (décret du 13 février 1884). Chaque pharmacien doit posséder un Codex et s'y conformer. Il ne peut vendre les "remèdes secrets", c'est-à-dire ceux qui ne se trouvent pas au Codex, sauf pourtant, ceux qui auront été publiés dans le bulletin de l'Académie de médecine. (Encyclopédie Universelle - 1905)

Congestion: Accumulation plus ou moins rapide d'un ou plusieurs liquides dans une partie quelconque du corps. Congestion sanguine. Congestion cérébrale. La congestion diffère de l'inflammation et de la fluxion en ce qu'un organe congestionné peut être dans des conditions parfaites de vitalité et ne présenter après la mort aucun vestige d'altération. On combat la congestion par des révulsifs et par les saignées. (Encyclopédie Universelle - 1905)

Epispastiques : "substances qui, appliquées sur la peau, y déterminent de la douleur, de la chaleur et une rougeur plus ou moins vive, enfin tous les phénomènes d'une irritation bientôt suivie du soulèvement de l'épiderme par une accumulation de sérosité". La moutarde et la poudre de cantharides entrent dans la composition des pommades épispastiques. Littré 1865.

Hydropisie: Jusqu'à la fin du XIXème siècle, le mot hydropisie désigne tous les épanchements liquidiens des cavités naturelles. *Littré 1865* différencie les hydropisies actives (ou hydrophlégmasies) caractérisées par une exsudation de sérosité en rapport avec un "accroissement d'action des vaisseaux exhalants" et les hydropisies passives par défaut d'absorption des-dites sérosités pour cause "d'atonie des absorbants".

Moxas: Originaires d'extrême-Orient, les moxas sont employés en Occidents depuis Hippocrate. On applique la base de ce petit cône sur la partie à traiter et l'on allume son extrémité. "A mesure que la combustion avance, la chaleur devient plus vive; on entend l'épiderme craquer; la peau se ride, jaunit, grille et finit par prendre une teinte charbonnée (...) Ce mode de cautérisation est spécialement employé pour exciter fortement le système nerveux, changer le siège d'une irritation, produire une dérivation". Littré - 1865

Piqûres anatomiques: Plaies survenues au cours d'une dissection, et empoisonnées par un principe septique renfermé dans les produits putrides qui se forment dans les cadavres, ou dans le pus de malades morts d'infection purulente ou de péritonite, ou d'autres lésions inflammatoires et gangreneuses.(21)

Vauqueline : Nom donné à la strychnine, isolées par Pelletier et Caventou en 1818, en l'honneur de Vauquelin.

BIBLIOGRAPHIE

V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1.- ADELON et Coll

Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens.-60 vol.- Paris - Panckoucke CLF - 1812

2.- A.D.R. M,

Remèdes secrets-Lettre du maire de Lyon au Préfet - 16 septembre 1823.

3.- ALBERTINI P.

La France du XIXème siècle 1815-1914 - Edition HACHETTE Supérieur - Les Fondamentaux - 159 p - 1997.

4.- Les 150 ans de l'AP-HP. 1849-1999

Site internet http://www.ap-hop-paris.fr

5.- BALZAC H. de -

L'Interdiction - Livre de poche - Edition Flammarion.

6.- BARRAS V.

Le médecin de 1880 à la fin du XXèmesiècle - Histoire du médecin - sous la direction de Louis Callebat - p269 - Edition Flammarion - 1999.

7.- BERNARD C.

Cahier de notes 1850/1860. - Paris - Gallimard - 1965

8.- BORGE J. VIASNOFF N

Archives des médecins - Editions Michèle Trinckvel - 220 p. 1996.

9.- BORSA S. MICHEL C.-R.

La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXème siècle-Edition HACHETTE -. 247 p- 1985.

10.- BOUCHET A.

Jules Vernes et la médecine - Conférences d'histoire de la médecine cycle 1982/1983 - Lyon - Fondation Marcel Mérieux - Institut d'histoire de la médecine - Lyon I - 1984

11.- cité in BOUISSOU R.

Histoire de la médecine - Encyclopédie Larousse de poche - p.258/259 - 1967.

12.- CALLEBAT L. / FAURE O.

Histoire du médecin / Le médecin de la fin du XVIIIème siècle aux années 1880 - Edition Flammarion - 319 p - 1999.

13.- CHRONOLOGIE DU XIXème SIECLE

Site internet Gallica.bnf.fr.

14.- DANOU G.- OLIVIER A.- BAGROS P.

Littérature et médecine - Edition Ellipses - 157 p. - 1998.

15.- DEBONO L.

La médecine en Russie de 1801 à 1917 - Thèse médecine BESANCON - 1997 http://www.club-internet.fr/perso/debono.

16.- DELIVRE J.

La douleur sur les champs de bataille à l'époque napoléonienne - Article POST'U MEDICAL LORRAINE - Vol II - N°1 - 1999

17.- DUMAS fils A.

La Dame aux camélias - Edition maxi-poche - 1994

18.- ECARNOT

Le Médecin de village - Les Gens de médecine vus au milieu du XIX ème siècle - Edition ERRANCE - 1982.

19.- ENCYCLOPEDIE UNIVERSELLE DU XX^{ème} siècle.

20.- FAURE O.

Les Français et leur médecine au XIXème siècle - Edition BELIN - 316 p.- 1993.

21.- FLAUBERT

Madame Bovary - Edition livre de poche classique - p - 1966.

22.- GELINEAU J.B.

Traité de l'angine de poitrine - Paris - Delahaye et Lecrosnier - 1887

23.- GIRRE L.

Les vieux remèdes naturels - Edition Ouest-France - 30 p. 1994

24.- GONZALES J

Initiation à l'histoire de la médecine - Edition Heures de France - 191 p - 1997

25.- HENRIOT vice-président du Conseil d'Hygiène publique et de la Salubrité Choléra. Rapport sur les travaux du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité du département de la Meuse - 1864-1868 - Typographie Numa ROLIN imprimeur de la préfecture et des chemins de fer de l'Est - Bar-le-Duc - MDCCCLXVIII. Archives départementales de la Meuse. Série M.

26.- IMBERT J. (sous la direction de-)

Histoire des hôpitaux - Edition Privat - p. 367 - 1982.

27.- JACOUD S.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. - 39 vol. - Paris - JB Baillère et fils - 1865

28.- JANSON L.

Discours sur l'état actuel de la médecine - Lyon - 156 p.- 1828.

29.- LABICHE E.

La Poudre aux yeux - Librairie Théâtrale - Paris.

30.- LAUDUN M.A.

Rapport sur les fièvres remittentes et intermittentes observées à Lyon - 1806/1812 - Lyon - Cutty - 27 p. - 1813.

31.- LEMAIRE J.-F. LARCAN A.

L'acte de naissance de la médecine moderne - Collection Les Empêcheurs de Penser en Rond - 48 p -

32.- LEONARD J.

La vie quotidienne du médecin de province au XIXème siècle - France Loisir - 285 p -1992

33.- LEONARD J.

La médecine entre les pouvoirs et les savoirs - Paris AUBIER-MONTAIGNE - p.303 - 1981.

34.- LOTTMAN H.R.

Jules Vernes - Paris - Flammarion - 1996

35.- MANGINOT N.

Contribution à l'étude de l'histoire de la médecine en Lorraine à la fin du XVIIIème siècle - Thèse de Médecine - Nancy - 156 p -1998

36.- REGNIER C. HALIOUA B.

Les mots du coeur, littérature et cardiopathies - Laboratoire Pfizer - 143 p- 1998.

37.- Dr ROQUES C.

Les médecins vus par ... - Edition Favre - 249 p - 1999

38.- ROUGIER Paul

Les associations ouvrières - Paris - Guillaumin - 467 p - 1864.

39.- ROUSSEAUX X.G.H.

Notes médicales sur Stendhal - Thèse médecine Paris n°381 - 1938.

40.- ROUX L.

Le Médecin - Les Gens de médecine vus au milieu du XIX^{ème} siècle - Edition ERRANCE - 1982.

41.- STENDHAL

Oeuvres intimes présentées par Del Litto V. - 2 vol. - Paris -. Edition Gallimard - La Pléiade - 1981.

42.- STENDHAL

Correspondance présentée par Del Litto V.et Martineau H. - 3 vol. - Paris.- Edition Gallimard - La Pléiade 1967-1968.

43.- TARTE M.

Le docteur Sprauel ou la vie d'un médecin de campagne - A.D.R. Revue Médicale de Nancy -

44.- ULMANN J.-M.

Les médecins de la Comédie - Article IMPACT MEDECIN HEBDO N°456 - 11 juin 1999

45.- VERDIER R.

Avec les médecins de la Comédie Humaine - Article QUOTIDIEN DU MEDECIN - N°6458 - 18 mars 1999

46.- VERNES J.

Voyages extraordinaires - 30 vol. - Paris - Bibliothèque d'éducation et de récréation - J.Hetzel - SD

47.- ZOLA E.

Le Docteur Pascal - Edition Pocket 6140.

RECHERCHES D'ARCHIVES

48.- ART. 10 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, Cf LEONARD J. op. cit. note 1 chap I, t III pp 1112-1124.

49.- Circulaire minstérielle nº 43

Service sanitaire - 23 août 1831

50.- Rapport sur les travaux du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité.

Tableau statistique par profession des décès cholériques dans le département de la Meuse, durant l'épidémie de 1854.

Archives départementales de la Meuse.

51.- Rapport supplémentaire - Rapport sur les travaux du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité 1898.

Imprimerie et lithographie Chuquet Père et fils - 1898 - Archives départementales de la Meuse. Série M : 265 M2

52.- Lettre ministérielle du 14 Novembre 1893

Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique - Archives départementales de la Meuse. Série M : 264 M2

53.- Article 26 de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) et article 28 de la loi du 11 avril 1803 (21 Germinal an XI)

54.- de KERGARADEC.

Rapport général adressé à son excellence M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, au nom de l'Académie impériale de médecine, sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1864.- Extrait des mémoires de l'Académie impériale de médecine - Tome XXVII - Paris - JB Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine - 1866. Archives départementales de la Meuse.

55.- Rapport sur les travaux du Conseil d'Hygiène et de Salubrité.

Du 1er août 1896 au 1er août 1897. Imprimerie et lithographie Chuquet père et fils - 1897.

56.- Arrêté du 10 mai 1842, relatif aux mesures prophylactiques à prendre contre les affections syphilitiques et cutanées.

Extrait du *Journal Militaire* - p252 - 1er semestre 1842.- Archives départementales de la Meuse.

57.- Arrêté ministériel du 10 mai 1842, relatif aux mesures sanitaires propres à empêcher les progrès dans l'armée, des affections syphilitique et cutanées.

Administration - 7ème division - Bureau des hôpitaux - 1842. Archives départementales de la Meuse.

58.- A.M.L. Q " bureau de bienfaisance"

projet d'établissement de Bienfaisance adressé au préfet par Clerc et Dalivet - 3 Nivôse an XI

59.- Etude du zemstvo de Moscou de 1883 à 1896.

Incidence des maladies infectieuses.

60.- Archives Départementales de la Meuse.

Série 264 MI

61.- Rapport sur les travaux du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité du département de la Meuse. 1856.

Archives départementales de la Meuse. Série M.

62.- Rapport sur les travaux du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité du département de la Meuse. 1855-1860

M. A. Henriot, vice président du Conseil. Bar-le-Duc. Typographie NUMA-ROLIN, imprimeur de la préfecture et des chemins de fer de l'Est. 1860.

63.- Avis ministériel n° 97 bis du 18 avril 1812

"les moyens de prévenir la contagion et d'en arrêter les progrès".

64. - Lettre du Maire de Bar-le-Duc au Préfet. 15 mars 1894.

Archives départementales de la Meuse. Série M.

VU

NANCY, le 15 NOVEMBRE 2000

Le Président de Thèse

NANCY, le 20 NOVEMBRE 2000

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Professeur G. GRIGNON

Professeur Ph. HARTEMANN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE NANCY, le **27 NOVEMBRE 2000** LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE LA THESE

La réorganisation de l'enseignement, du "système de santé" qui existait en partie dès le XVIIIème siècle, la mise en place de réseaux de lutte contre les épidémies qui font rage, forment la toile de fond devant laquelle s'animent les médecins du XIXème siècle.

Le portrait de ces médecins n'est pas unique, car la pratique de la médecine prend différents visages selon le lieu d'exercice, mais aussi selon les décennies. La littérature classique nous en offre d'intéressants tableaux.

A la fin du XIXème siècle, les progrès techniques, bactériologiques et pharmaceutiques modifient considérablement l'approche des maladies et des traitements. Le médecin, au départ raillé, devient, aux yeux des Français, un véritable savant...

TITRE EN ANGLAIS
Medical practice in France during the XIX th Century.
THESE : Médecine générale - ANNEE 2000
MOTS CLEFS : Pratique médicale. Epidémies. Hygiène. Prévention. Littérature et médecine.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.:

Faculté de Médecine de Nancy 9, avenue de la Forêt de Haye 54505 - VANDOEUVRE LES NANCY Cédex