L'évolution de la chirurgie en Egypte au XIXe siècle *

par le Dr S. JAGAILLOUX **

Chirurgien de l'hôpital de Coulommiers

Inspiré d'un chapitre d'une thèse d'histoire (Paris-IV, Sorbonne), (médecine et santé dans l'Egypte du XIXe siècle, 1798-1918), cette communication évoque, après un rappel des pratiques des barbiers et spécialistes autochtones :

— le rôle du Dr J.B. Clot, appelé en Egypte en 1827 par Mohammed Ali, dans la création du Service sanitaire de l'armée, de l'école de médecine, de la généralisation de la vaccination antivariolique et du Service de santé des provinces ;

— la décadence générale après son départ (1856) et

— l'introduction des méthodes nouvelles (antisepsie, asepsie, anesthésie) après l'occupation britannique ;

— les rapides progrès et les succès de la chirurgie en Egypte (en particulier dans les abcès amibiens du foie et les complications de la bilharziose (calculs vésicaux, fistules) dont témoignent les rapports du 1er Congrès égyptien du Caire [décembre 1902]).

La chirurgie « à l'occidentale », après le bref prélude de l'expédition de Bonaparte, a bien été *importée* par quelques médecins européens : italiens au tout début qui, à titre individuel, assuraient un embryon de service de

* Communication présentée à la séance du 11 février 1984 de la Société française d'histoire de la médecine.

** 1, boulevard de Turenne, 77260 La Ferté-sous-Jouarre.

santé dans les armées du vice-roi, Mohammed Ali, puis, après 1827, français sous la direction active du Dr J.B. Clot. Ce chirurgien marseillais plein de dynamisme va instituer, au cours des 30 années de son séjour égyptien, les fondements de toute l'organisation sanitaire pour l'Armée et la Marine, mais aussi de l'organisation civile : création d'une école de médecine et de pharmacie et d'une école de sages-femmes (les hakimas) groupées au Caire dans l'hôpital de Kasr el Aini, pour former sur place les futurs praticiens égyptiens ;

— développer de façon systématique la *vaccination antivariolique* des nouveau-nés, de tous les écoliers, militaires et agents de l'Etat ;

— collaborer sans enthousiasme, car il est anti-contagionniste, aux mesures de quarantaine décidées lors des épidémies de peste et de choléra, par les autorités sanitaires internationales d'Alexandrie ;

— créer un réseau de petits hôpitaux provinciaux difficilement opérationnels ;

— essayer d'utiliser enfin les humbles représentants autochtones de ce qui perdurait de la médecine arabe classique : les barbiers et les dayas (matrones, sages-femmes indigènes).

Il persiste en effet, malgré la disparition légale du Hakim-médecin indigène, toute *une médecine populaire* ayant recours à l'auto-médication et aux talismans, aux pratiques magico-religieuses de protection et d'exorcisme qui est la seule médecine jusqu'à la fin du siècle de la quasi totalité de la population de bédouins, fellahs et peuple des villes.

Si les dayas avaient le monopole des accouchements, des soins des femmes et des enfants, elles partageaient avec les barbiers la pratique de l'inoculation, puis de la vaccination antivariolique à l'instigation de Clot-Bey.

Les barbiers effectuaient les quelques actes de petite chirurgie encore en usage :

— soit rituels : circoncision des garçons, excision des filles et rarement infibulation ;

— soit thérapeutiques :

Les barbiers de village ou de quartiers soignaient les plaies sans suturer par des pansements très divers qui entraînaient normalemnt la cicatrisation secondaire après l'inévitable et « louable suppuration » ; ils incisaient les abcès, les thromboses hémorroïdaires, arrachaient les cils mal implantés dans les trichiasis, débarrassaient des dents cariées, pratiquaient des pointes de feu dans un but antalgique à tous propos.

Mais une de leurs activités essentielles était la *saignée* ou plutôt les saignées ; les sièges et les techniques étaient beaucoup plus variées qu'en Europe : la saignée au pli du coude n'était pratiquement pas utilisée, mais on saignait :

— sur la nuque avec application de ventouses de corne dans la pléthore (habituellement au printemps), systématiquement chaque année (après 40 ans) ;

— sur les tempes, dans les céphalées, après application d'un garrot ; saignée veineuse mais aussi artérielle, aux angles des yeux dans les ophtalmies ;

— sur les membres inférieurs, par de multiples petites incisions, au tiers supérieur de jambe, après pose d'un garrot et bain de pied chaud.

Les barbiers savaient pratiquer la paracenthèse de l'abdomen dans l'ascite (qu'ils évacuaient avec un petit roseau), le drainage d'un empyème pleural. Mais il existait de véritables chirurgiens *spécialistes d'un seul type* d'intervention dont il faut dire quelques mots :

a) *Les chirurgiens ophtalmologistes* indigènes traitaient l'entropion, secondaire à certaines ophtalmies et au trachome, par un procédé déjà connu des chirurgiens byzantins du VIIe siècle (Paul d'Egine) et sans doute plus ancien : ils introduisaient dans la fente d'un segment de bambou un pli cutané de la paupière ; après sphacèle, il se formait une cicatrice rétractile éversante qui, souvent, ne corrigeait pas l'entropion parce que trop éloignée du rebord ciliaire. Certains se risquaient à opérer des cataractes par une technique peu différente de celle de l'abaissement du cristallin à la Daviel (alors classique en Occident) avec des résultats qui semblent, de l'aveu de Clot-Bey, avoir été comparables.

b) Les *orthopédistes locaux* rebouteux, rhabilleurs, rénoveurs (Megubbur-Merjabbars), surtout certaines familles (comme la dynastie des Barsoomah) ont pratiquement conservé, au moins jusqu'en 1925, *l'exclusivité du traitement* des entorses, mais aussi des fractures fermées, comme le confirme Franck Cole Madden, chirurgien de Kasr el Aini.

Les procédés utilisés étaient, à peu de chose près, ceux connus depuis l'époque pharaonique transmis aux Grecs, puis aux Arabes : après massages doux avec un corps gras et du miel, tractions vigoureuses sur le membre déformé pour essayer de rétablir les axes, parfois traction continue par un chech formant étrier dans les fractures de la moitié inférieure de jambe ; en cas d'échec de la réduction, transformation en fracture pluri-fragmentaire par martelage de la saillie osseuse avec une pierre en protégeant la peau.

La *contention* se faisait par une série d'attelles en bois reliées entre elles par des cordelettes permettant la striction plus ou moins forte sur les divers segments du membre en traction, recouvert d'un enduit protecteur à base de blanc d'œuf, ou de farine de lentilles, et enveloppé d'une peau de mouton (la toison étant à l'intérieur) ; des fragments de tissu souple étaient bourrés dans les espaces libres.

On utilisait parfois un véritable appareillage en argile déjà signalé par Sonnini de Manoncourt (au XVIIIe siècle), « maçonnerie » fixée au sol.

Les résultats étaient dans l'ensemble assez satisfaisants, reconnaît Madden, qui a pourtant vu des cals vicieux, des pseudarthroses et des paralysies ischémiques.

— *Les fractures ouvertes,* par contre, étaient considérées comme d'un pronostic fatal, car à part les rares cas où la plaie laissée ouverte, bourrée

avec de la poudre de fusil, du goudron, ne communiquait pas avec le foyer la gangrène était de règle. Seule l'amputation aurait pu éviter l'issue mortelle, mais les musulmans répugnaient à cette atteinte portée à leur corps, par scrupules religieux.

c) Certains spécialistes de *la taille vésicale pour lithiase,* particulièrement fréquente en Egypte et le plus souvent d'origine bilharzienne, obtenaient des résultats étonnants pour l'époque.

— Pour les petites pierres, ils utilisaient un procédé d'extraction par les voies naturelles que décrit Prospero Alpino (dans sa « Médecine des Egyptiens ») au XVIe siècle : mobilisation par voie rectale — insufflation buccale de la vessie par une petite canule de bois —, striction de la verge, extraction par la canule. Il existait aussi un système de dilatation du canal par un « jeu de canules faites d'une substance cartilagineuse qui s'emboîtent comme les pièces d'un hautbois ».

— Pour les pierres plus volumineuses, Clot-Bey décrit deux procédés par voie transrectale et par voie périnéale (à peu près le procédé de Celse) ; dans les deux cas, on fait saillir la pierre fixée par deux doigts rectaux et on incise au plus court ; on extrait au doigt ou par un crochet mousse. La plaie était laissée ouverte, ou rapprochée en bloc par quelques points de suture.

— Des résultats satisfaisants ont été confirmés, avec admiration certaine par Cuny (33 cas opérés avec succès par un barbier des environs de Kena).

Les chirurgiens européens ne signalent *pas de fistules* après ces opérations (alors que les fistules d'origine obstétricale et bilharzienne étaient nombreuses).

Cette rapide revue de la chirurgie locale nous a paru une base indispensable pour la comparaison avec la chirurgie pratiquée jusque dans les années 1880 par les *chirurgiens occidentaux.* Elle n'avait pas évolué depuis les acquis des guerres napoléoniennes. Ses indications n'étaient que de nécessité, ses pratiques que d'urgence (comme ultima ratio), son domaine que les membres et les plans superficiels. La chirurgie civile courante était encore beaucoup plus limitée dans la pratique égyptienne.

Les professeurs de l'école de médecine de Kasr El Aini, désirant prouver la bonne formation des futurs majors, donnent (en 1834) la liste des opérations de « grande chirurgie » qu'ils ont pratiquées : sur 635 opérés, 298 sur les yeux (dont 257 trichiasis), 16 tailles, 33 hydrocèles, 16 amputations, *aucune laparactomie ;* la taille est toujours l'opération majeure ; on ne se risque pas à ouvrir un ventre.

Cette prudence craintive s'explique facilement par l'absence d'anesthésie et la méconnaissance absolue des notions listériennes, jusqu'à la prise en main de l'hôpital du Caire par les Anglais, après l'occupation de 1882. En effet, depuis le départ de Clot-Bey en 1856, l'école de médecine, l'hôpital

de Kasr el Aini et tout le Service de santé en général étaient en décadence, coupés des progrès européens, en particulier bactériologiques. Le renouveau clinique, la naissance de la nosologie moderne avec individualisation de nombreuses maladies par la découverte du germe responsable, les premières applications des examens de laboratoire n'étaient pas connus des professeurs en majorité égyptiens qui continuaient à répéter les notions acquises 30 ans plus tôt auprès des maîtres français, italiens et allemands qui s'étaient succédé au Caire. La presse médicale occidentale n'était pas lue, le seul journal médical en arabe (*L'abeille médicale*) rédigé par les professeurs de l'école, disparut en 1870 ; la qualité des médecins européens établis en clientèle privée était médiocre, leur science courte. Les seuls soins chirurgicaux étaient dispensés par les œuvres privées religieuses en consultations populaires qui pansaient, soulageaient, mais ne guérissaient guère.

Quelques communautés ethniques avaient créé des hôpitaux, surtout à Alexandrie. Il existait depuis 1850 (?) un hôpital européen bien géré par les Filles de la Charité, un hôpital grec, un hôpital tenu par les Diaconnesses allemandes. C'est de ces quelques hôpitaux européens d'Alexandrie et de l'hôpital du Caire rénové quant à la chirurgie par Franck Milton que va partir une *chirurgie remise à l'heure.*

Lors de l'arrivée de Franck Milton à l'hôpital du Caire, comme directeur, il fut convié à assister à une amputation au tiers inféreur de jambe pour tuberculose de la cheville ; l'opérateur officiait dans la cour, à l'ombre des arbres, au milieu d'un cercle solennel de chirurgiens vêtus à la turque et installés sur leur petit tapis. L'opération sans brio, sans garrot, sans préparation ou lavage de la plaie, eut lieu sans anesthésie, l'hémostase étant assurée par de la poix bouillante.

Il fallut, on s'en doute, beaucoup de patience pour convaincre les chirurgiens et leurs aides de l'utilité de l'antisepsie listérienne et de l'anesthésie (faite alors au chloroforme).

L'introduction de ces deux bases d'une chirurgie plus audacieuse eut lieu simultanément dans plusieurs hôpitaux privés d'Alexandrie :

— par Vassalopoulo à l'hôpital grec d'Alexandrie, en 1882 ;

— par Morrisson ;

— par Legrand AIHP ;

— par Roger AIHP, peu après ;

et très rapidement, en moins de 15 ans, apparurent des opérateurs (souvent les mêmes) utilisant couramment la *technique aseptique* et diversifiant les anesthésies :

— l'éther, qui avait été récusé et considéré comme dangereux à cause de la chaleur du climat ;

— la rachicocaïnisation, inspirée des recherches de Letulle et dont les 100 premiers cas furent publiés en Egypte en 1901 par Lattis avant la publication du travail de l'initiateur à Paris (1902).

Ces progrès techniques, dont la diffusion fut rapide, même en province, permirent d'étendre le domaine du chirurgien.

On peut faire un bilan général lors du premier Congrès égyptien de médecine (Le Caire, décembre 1902).

L'audace des chirurgiens exerçant en Egypte, Européens ou Egyptiens de formation occidentale, reste un peu en retrait par rapport à l'Europe dans la chirurgie des viscères et en gynécologie obstétrique :

— dans les statistiques, les opérations mineures dominent : cures de hernie, d'hydrocèle, d'éléphantiasis, amputations pour tumeurs blanches, opérations sur les annexes, gastro-entérostomies pour ulcère ; mais les hystérectomies, les césariennes restent rares et redoutées. Par contre, la fréquence de certaines maladies endémiques a fourni aux chirurgiens locaux un matériel qui leur a permis d'acquérir une pratique et une efficacité qui étonnèrent leurs collègues venus à ce congrès avec un indiscutable sentiment de supériorité. Qu'on en juge par deux affections particulièrement courantes et graves :

— les abcès amibiens du foie ;

— les fistules recto-vaginales et vésico-vaginales d'origine obstétricale ou bilharziennes, dans ce cas souvent associées à une lithiase vésicale.

1) 1 089 cas d'opération d'abcès amibiens sont rapportés par 17 chirurgiens. Cette attitude hardie préconisée par Pétridis en 1898 était payante puisque la mortalité qui était de 60 % en utilisant le traitement médical (ponctions évacuatrices + émétine) tombait à 30 %.

Certains opérateurs n'hésitaient pas, pour atteindre et drainer les abcès de la face postérieure, à pratiquer des thoraco-phréno-laparotomies réséquant plusieurs côtes.

Un même type d'incision permettait à Roger d'enlever chez l'enfant d'énormes rates paludéennes de 5 kg.

2) Si l'attitude des chirurgiens locaux paraît avoir été prudente en ce qui concerne les localisations rectocoliques de la bilharziose, d'ailleurs assez peu fréquente, leur expérience pour les lithiases vésicales et les fistules était considérable.

Milton, chirurgien de Kasr el Aini, rapporte 599 cas avec une mortalité globale de 14,9 % par voie périnéale, 36,3 % par taille sus-pubienne, 5,9 % pour la lithotritie.

Quant aux fistules d'origine obstétricale, secondaires le plus souvent à la manœuvre musclée du forceps par des matrones sans compétence et des généralistes sans complexes mais ignorants, elles pourraient avoir pour cause un attentisme exagéré ou les séquelles cicatricielles d'une excision large.

Leur traitement ne sera vraiment au point qu'après l'arrivée au Caire, en 1905, du Pr Dobbin (Dublin) qui favorisa la spécialisation de son adjoint.

le Pr Neguib Mahfouz, créateur de la première maternité d'Egypte, qui pouvait présenter en 1918 plusieurs centaines de cas avec un pourcentage de 80 % de succès.

On peut remarquer que les innovations marquantes en chirurgie (comme en médecine) sont le fait de chirurgiens européens (anglais à Kasr el Aini, grecs à l'hôpital d'Alexandrie puis au Caire, français à Alexandrie (deux anciens internes des hôpitaux de Paris), au Caire un chirurgien de formation lyonnaise, allemands chez les Diaconnesses.

Il existait pourtant, travaillant en équipe avec les professeurs titulaires anglais, des professeurs assistants égyptiens un peu en retrait.

C'est la guerre de 1914-18 qui permit l'accession des adjoints aux postes de responsabilité : les Anglais mobilisés, les doublures prirent sans problèmes les postes qui leur revenaient normalement.

Ainsi, un siècle depuis Clot-Bey, avait permis la mise en place d'un service sanitaire complet autonome et autochtone, le premier en date dans un pays soumis à l'influence imposée d'une nation occidentale.

Ce corps médical de culture française jusqu'au début du XXe siècle, était alors devenu anglophone, malgré des îlots de résistance sentimentale défendant notre langue. Ce n'est pas sans mélancolie que l'on constate ce déclin. On ne peut que souhaiter une rémanence et y contribuer le cas échéant.

SUMMARY

Issued from a chapter of the thesis : "Medicine and health in Egypt during the nineteenth century" (1798-1918) *for the doctor's degree in philosophy* (*Paris IV Sorbonne*).

This article briefly describes, after a recall of the natives barbers and "specialists" practices, the role of docteur J.B. Clot (*Who was called in* 1827 *in Egypt by Mohammed Ali*) *in the management of the sanitary service in the army, the creation of the medical school, the generalization of anti-variolic vaccination, the development of health services in provinces. This article also describes the degradation of the medical level after the departure of doctor J.B. Clot* (*in* 1856) *and the introduction of new methods* (*antiseptic, aseptic and anesthesia*) *after the british occupation, improving surgery, specially concerning : amibian liver abcess, bilharziosis complications* (*stones and fistulae*), *like it has been reported in the first egyptian Congress of Cairo in december* 1902.