

La vie quotidienne des patients à l'hôtel-Dieu de Lyon au XIX^{ème} siècle *

par Jean-Christophe BEL ^{1,2},
Marie FEIREISEN ², Michel-Henri FESSY ^{1,2},
Christiane BROUSSOLLE ², Jean-Pierre Hano NEIDHARDT ²,
Jean-Jacques FERRANDIS ^{3 **}

Les Hospices Civils de Lyon

L'Hôtel-Dieu désignait l'hôpital principal des villes, maison où l'on accueillait gratuitement les indigents malades ou non, sans condition d'origine. En 1802, l'État créa les Hospices Civils de Lyon (HCL), pour gérer et diriger les hôpitaux publics qui avaient perdu leur appellation religieuse en 1789 : l'Hospice général des Malades (L'hôtel-Dieu) et l'Hospice des Vieillards et Orphelins (La Charité). Jusqu'en 1830 l'administration fut traditionnelle, imprégnée de religion. Ses objectifs étaient ambitieux : "procéder aux réparations des immeubles pour en augmenter les revenus, reprendre le service des rentes viagères et perpétuelles [...], achever la construction de l'hôtel-Dieu pour permettre aux malades de coucher seuls et amener les recettes des Hôpitaux réunis au niveau de leurs dépenses" (1). Après 1830 une nouvelle administration fut progressiste : elle était présidée par un médecin, le docteur Jean-François Terme. Les pouvoirs du clergé furent limités en laïcisant le personnel. Par l'excellente gestion on put médicaliser l'hôtel-Dieu, améliorer l'hygiène, le confort des patients et la salubrité des bâtiments. 70% des recettes provenaient des revenus du patrimoine légué par la charité publique (immeubles en Presqu'île et domaines ruraux de la rive gauche du Rhône). 15% des recettes provenaient de 88 lits payants - portés à 285 en 1870. L'aide municipale disparut dès 1845. En 1893 les lois de l'assistance médicale gratuite instaurèrent un remboursement des dépenses en fonction du domicile du patient. En 1898 les patrons durent rembourser les frais médicaux des accidents du travail de leurs employés. En 1861, 50% des dépenses étaient alimentaires, 10% pour le personnel - peu payé la majorité étant des religieux -, très peu pour la pharmacie. Dès 1870, le déficit budgétaire fut comblé par les réserves patrimoniales (2).

* Séance d'avril 2015.

** ¹ Hôpital E. Herriot, pavillon T, 5, place d'Arsonval, 69003 Lyon ; ² Université Claude Bernard Lyon 1 ; ³ Société Française d'Histoire de la Médecine. jean-christophe.bel@chu-lyon.fr.

Les bâtiments

Un millier de patients logeaient dans deux bâtiments principaux : Les Quatre Rangs (quatre ailes en croix centrées par le Petit Dôme et sa chapelle : au rez-de-chaussée la pharmacie, la salle du conseil d'administration, des bureaux, des ateliers ; au 1er étage la salle des fiévreux, majoritairement des femmes) et le Palais du Quai (centré par le Grand Dôme et sa chapelle : au rez-de-chaussée les employés ; au 1er étage réservé aux hommes, les salles des blessés, des opérés et une d'opérations ; au 2e étage réservé aux femmes, une même disposition ; au 1er étage logeait le Chirurgien-Major, au 2e l'Aide-major). Les sœurs étaient dans des dortoirs dans chaque bâtiment, les aumôniers dans un bâtiment séparé. Les dépendances étaient intriquées : la Boucherie avec un abattoir et des boutiques de vente, les cuisines et le Grand Réfectoire du personnel dans un bâtiment perpendiculaire au Palais du Quai au sud du Grand Dôme, l'église - ouverte aux Lyonnais -, un cimetière. De nouvelles constructions furent réalisées : prolongements du Palais du Quai au nord (1824) et au sud (1841), bâtiments entre le Grand Dôme et l'église (1827) et après la fermeture de l'École de médecine, l'achèvement de l'hôtel-Dieu (1887) (3).

Les améliorations du confort et de l'hygiène

Un amphithéâtre de dissection fut construit pour isoler la salle de dissection de la vue des salles des patients (1835). Des fumigations, des pots de chlorure de chaux furent placés à côté des patients nauséabonds. La ventilation par les Dômes étant source de refroidissement des grandes salles toujours froides - en hiver température de 7°C malgré des poêles -, des trappes fermèrent les ouvertures des plafonds vers les greniers (1837) et des portes vitrées cloisonnèrent les salles sous les voûtes des Dômes (1839). Les grandes fenêtres furent modifiées pour permettre uniquement l'ouverture de leur partie supérieure (1852). Plus tard le chauffage devint centralisé.

Le nettoyage des salles, réalisé tous les 15 jours, étant source d'inconfort pour les patients et pour l'organisation des soins - les sols lavés à grande eau ne devenant secs qu'en fin de journée -, les salles furent parquetées afin de pouvoir les cirer et les frotter (1837), les boiseries et les tapisseries éliminées contre les parasites. Tous les 6 mois on lavait les tours de lits et tous les 5 ans on passait les murs à la chaux. La boucherie, foyer d'infection, fut remplacée par une galerie commerciale, le Passage de l'hôtel-Dieu (1838). Le pompage de l'eau des puits fut mécanisé par une machine à vapeur (1839), la consommation d'eau multipliée par 40 et des bains à usage hygiénique et médical créés.

Le promenoir des convalescents (1844) fut construit en démolissant 16 maisons : "C'est une perte de revenus considérable, mais on y a gagné ce qui vaut mieux que l'argent, ce que l'argent ne peut pas donner : l'air et le soleil. Cette influence salutaire s'étend à l'édifice tout entier, aux cours, aux salles de malades, qui seront accessibles, moyennant des arcades et de nombreuses fenêtres, aux rayons du soleil et à la circulation transversale de l'air" (4). La cuisine centrale permit de ne plus préparer les repas au milieu des salles (1855). Pour supprimer des salles le linge sale, on créa une buanderie, le linge étant lavé dans un bateau-lavoir sur le quai du Rhône (1862), puis cette blanchisserie fut expatriée (1877) (3), (5), (6).

Le Service de santé

En 1853, il comprenait sept médecins et un professeur de clinique médicale, trois chirurgiens et un professeur de clinique chirurgicale secondés par vingt internes et un pharmacien aidés de 400 sœurs et frères pour soigner 15 000 patients par an.

Le concours de majorat permettait le recrutement de chirurgiens (7). Le lauréat passait deux ans à la Faculté de médecine de Paris pour obtenir le doctorat puis revenait à Lyon où il devenait Chirurgien Aide-Major, puis Chirurgien-Major puis Chirurgien-en-chef, chaque période durant six ans. Ce statut prit une telle valeur que le Chirurgien-Major était appelé dans les cas graves quels qu'ils fussent. Il était soumis à des règles strictes, devant rester célibataire tout son majorat, n'étant autorisé à sortir de l'hôpital qu'à certaines heures et devant obligatoirement loger à l'hôpital, sans jamais découcher (8). Le concours de médocat (1811) permit le recrutement de médecins nommés pour 10 ans, logeant en ville. Suite à la création de la Faculté de Médecine de Lyon (1895) un concours unique recruta les médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Lyon.

Le concours d'internat des Hôpitaux de Lyon fut centralisé (1825). Le titre d'interne avait remplacé celui d'élève en chirurgie (1821), lorsqu'il devait être affecté en service de médecine pendant un an sur les trois que durait l'internat - prolongé à quatre en 1878. Ils étaient logés dans un bâtiment délabré, Le Tiercelet, soumis à des règles très strictes, ne pouvant s'absenter sans permission écrite du chirurgien-en-chef (9). Les étudiants de l'École Secondaire de Médecine, créée en 1821, étudiaient l'anatomie dans la salle de dissection et la clinique et la physiologie au lit des patients. En 1842 avec la nouvelle École Préparatoire de Médecine et de Pharmacie, de nouveaux locaux furent construits. En 1883 lors de la création de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie ces locaux d'enseignement quittèrent l'hôtel-Dieu (10).

Chaque patient devait être soigné individuellement par le même médecin. Dans les salles de médecine, 600 patients étaient pris en charge par sept médecins, chaque salle ayant un médecin attribué, portant robe noire et toque jusqu'en 1866. La visite était quotidienne à huit heures, renouvelée à seize heures pour les malades graves et les nouveaux. Chaque lit de patient était numéroté, portait un écriteau sur lequel étaient inscrits l'état-civil, les symptômes ainsi que les traitements pour que les internes et les sœurs soient informés. Les internes participaient à la surveillance des malades, à la distribution des médicaments et des régimes, et rédigeaient les observations.

Dans les salles de chirurgie, 400 patients étaient pris en charge par le chirurgien-major et un aide-major - deux après 1832 - et des internes. À six heures il présidait aux pansements, à sept heures opérait, à huit heures procédait à la visite accompagné de la sœur-maîtresse, d'un interne et d'un frère de la pharmacie. À quinze heures il assistait aux pansements du soir puis faisait la visite du soir de tous les malades de l'hôpital - cette visite fut ensuite confiée à l'aide-major puis au doyen des internes. Ceux-ci préparaient les liniments, appliquaient les vésicatoires et confectionnaient parfois les pansements.

Les aumôniers, les sœurs et les frères

Les cinq aumôniers, nommés par l'archevêque de Lyon, administraient les sacrements. Chaque lit de patient portait un écriteau mentionnant le service religieux - Confession, catéchisme, Extrême Onction. Ils célébraient la messe tous les jours dans l'église, les chapelles des Dômes, les patients pouvant l'entendre sans sortir de leur lit (3).

Les sœurs recrutées par l'administration, n'appartenaient à aucune congrégation, ne prononçaient pas de vœux, pouvaient se retirer. Novices puis prétendantes, elles devenaient sœurs-hospitalières au bout de 10 ans lors de la cérémonie de la croisure. Nourries et entretenues à vie, elles n'avaient pas le droit de sortir sans autorisation (5). On comptait une sœur pour dix malades dans la salle des fiévreux, une pour quinze dans celle des blessés, la nuit une veilleuse pour 100. Elles réalisaient l'accueil des patients, étaient

responsables de la propreté des salles, de la buanderie. Les sœurs de la pharmacie préparaient et distribuaient les remèdes. Cinq sœurs en cuisine confectionnaient les repas. Les sœur-cheftaines suivaient le médecin dans sa visite, lui faisant le rapport de l'état de chaque patient et surveillaient le travail des autres sœurs (11). Les frères, bien moins nombreux, étaient prétendants puis devenaient frères-croisés et pouvaient rejoindre la vie publique. Ils étaient employés dans les ateliers, certains à l'économat ou aux archives.

La typologie des patients

Jusqu'à l'ouverture de l'hôpital militaire Desgenettes (1831), la population militaire fut égale à la civile, dans des salles différentes, les soins assurés par des médecins militaires (12). En 1853 l'hôtel-Dieu accueillait plus d'un millier de patients soit 60% des malades hospitalisés à Lyon, réservé aux adultes blessés et fiévreux et aux femmes enceintes, indigentes, mariées et domiciliées à Lyon (7). 35 nouveaux patients étaient hospitalisés chaque jour. La durée moyenne de séjour était de 23 jours. Ceux qui séjournaient moins de 10 jours étaient atteints de maladies peu graves, ou rapidement mortelles. Progressivement les longs séjours augmentèrent. La durée de séjour des hommes (maladies moins graves et blessures) était inférieure à celle des femmes. Les non-Lyonnais connaissaient des séjours plus longs (maladies plus graves ou à un stade plus avancé). Les passants, non malades, hébergés quelques jours, représentaient 5% des entrées. Des mesures furent prises pour limiter les hospitalisations car "le spectacle de l'encombrement fit naître, timidement, l'idée que l'hôpital devait réserver en priorité ses efforts au soin des malades" (13). Parallèlement le service de consultations externes recevait 150 patients deux fois par semaine.

En 1806 les 18-30 ans étaient les plus représentés, à la fin du siècle les 30-60 ans étaient majoritaires. Les patients étaient en médecine (57%) et en chirurgie (41%). Les hommes étaient majoritairement blessés, en chirurgie, occupant les lits à la belle saison ; les femmes étaient majoritairement fiévreuses, en médecine, occupant les lits l'automne et l'hiver. La majorité des hospitalisés était des personnes isolées. Les professions les plus représentées étaient des artisans, des ouvriers, des journaliers, des manœuvres et des domestiques. Leur origine géographique était diverse, car il n'y avait aucune condition de domicile : 25% des patients n'habitaient pas le département et avant 1860 25% étaient étrangers (Suisses, Savoyards, Allemands). Les soins étaient gratuits pour les pauvres, alors que les personnes les plus aisées se faisaient soigner en ville ; entre les deux, il existait 7% de patients payants en 1806, majoritairement des hommes entre 30 et 50 ans, artisans ou de professions plus élevées (négociants ou rentiers), parfois des domestiques pris en charge par leur maître (3), (6), (14).

L'admission et la sortie des patients

Un interne était posté à la porte de l'hôtel-Dieu, et accueillait de jour comme de nuit les malades se présentant. Il les examinait et les admettait dans la salle appropriée. Dans le règlement, c'était le chirurgien de garde qui devait prescrire médicaments et régime. Son admission confirmée par le chirurgien principal, le patient se faisait enregistrer par un frère. Il était interdit aux patients hospitalisés de sortir (3). Le chirurgien-major s'occupait de la gestion des lits, recevant chaque matin un état des salles communes. La sortie définitive des patients était sous l'autorité du médecin, mais dans la réalité, certaines sœurs prenaient seules cette initiative.

La vie des patients

Il existait une séparation homme-femme et une séparation médecine-chirurgie (fiévreux-opérés-blessés). En 1832 le docteur Jean-François Terme, débutant son mandat de directeur des HCL, supprima le recours à placer plusieurs patients par lit (12). Les patients dormaient dans des salles communes immenses, notamment dans le Palais du Quai où la salle des hommes blessés comportait 240 lits. Ils étaient vêtus d'une chemise, d'une robe de chambre, d'un gilet de flanelle pour certains, d'une paire de bas et de sabots. Ils disposaient d'une "chaise-percée, en bois, cachée par un rideau" (3). Des odeurs malsaines se dégageaient en raison de la promiscuité et du grand nombre de patients.

En 1841, la lampe à huile fit son apparition mais son odeur nauséabonde la fit remplacer par l'éclairage au gaz, puis électrique à la fin du siècle (10). Les visites des familles étaient payantes jusqu'en 1840 : cette pratique, jugée peu charitable, avait l'avantage de limiter le nombre de visites. Tous les jeux étaient interdits (13).

La salle commune était emplie d'une clameur incessante : dialogues entre patients et familles, visites des chirurgiens et de leurs élèves, besoins naturels sur les chaises-percées dont la vidange dès quatre heures du matin entraînait un tel bruit qu'elle réveillait les patients. On pouvait entendre les cris d'agonie, "les cris arrachés par la douleur aux malheureux que l'on ampute ou que l'on taille" (3) avant l'utilisation de l'anesthésie (1846).

Il fallut attendre le milieu du siècle et la réorganisation des salles pour voir apparaître des salles d'une trentaine de lits, plus salubres et mieux aérées, permettant de séparer les patients infectés des autres. En 1852 on comptait 22 salles communes pour accueillir 1140 patients.

Les patients étaient mieux nourris à l'hôpital que chez eux, leur alimentation sur prescription médicale faisait partie de l'arsenal thérapeutique. Le pain en était la base, le vin considéré comme fortifiant et hygiénique faisait partie intégrante du régime. Il était interdit aux malades et aux convalescents de vendre ou de transmettre des aliments aux autres pensionnaires (9).

La fin de vie

Dans les grandes salles communes, l'agonie et la mort d'un patient étaient vécues par tous les patients de la salle. La morgue municipale était située à l'hôtel-Dieu. Cette situation incommode les patients et les visiteurs, elle fut transférée sur une plate sur le quai du Rhône (1853) (6). Les causes de mort ne furent précisées sur un registre qu'à partir de 1860. Le taux de mortalité augmenta progressivement au cours du siècle de 8 à 12% (12), expliqué par l'augmentation de la proportion de vrais patients. De même les progrès exceptionnels apportés par l'antisepsie (1865) et l'asepsie (1880) ont augmenté paradoxalement la mortalité en chirurgie car autrefois "ces malades allaient mourir chez eux" (15).

La mortalité liée aux maladies infectieuses

Durant la seconde moitié du siècle, la première cause était la tuberculose soit 25% des décès toutes causes confondues, les femmes plus atteintes que les hommes surtout celles de 15-30 ans, la période la plus néfaste était le printemps (16). La deuxième, les infections pulmonaires non tuberculeuses. La troisième cause, les infections digestives dont principalement la typhoïde, soit 3% des décès toutes causes confondues (17), puis la péritonite, la dysenterie, l'appendicite, la gastro-entéocolite. La quatrième cause infectieuse

était liée aux infections cutanées, la variole, l'érysipèle, et les abcès, gangrènes et phlegmons soit 5% des décès toutes causes confondues.

Il fallut attendre 1872 pour isoler les varioleux, alors que l'on estimait, déjà en 1865, que 300 patients contractaient la maladie dans le foyer de contagion qu'étaient les salles communes (18). L'érysipèle était banale et quotidienne (18). Dans sa thèse *Étude de la mortalité dans les services de chirurgie des hôpitaux de Lyon* concernant les années 1873-1891, Étienne Destot montra que la mortalité par érysipèle diminua à partir de 1875, date de l'application des mesures antiseptiques (15) mais moins que prévu du fait de l'activité.

Les avancées médicales

Au début du siècle, l'examen clinique du patient était limité à la prise du pouls, l'examen des crachats et des urines, puis vinrent l'amélioration de l'examen clinique, le développement de la méthode anatomo-clinique et de l'anatomie-pathologique développée à partir de 1884 par Léon Tripier (10). À la fin du siècle l'application de la méthode expérimentale de Claude Bernard et des découvertes physiopathologiques associées permit à Raphael Lépine, de montrer l'origine pancréatique du diabète sucré. Léon Bouveret décrit la "tachycardie essentielle paroxystique" (1889), la maladie de Bouveret. Dans le *Traité des maladies de l'estomac* (1893), il décrit l'obstruction de l'estomac ou du duodénum par un calcul biliaire ayant migré à travers une fistule bilio-gastrique ou bilio-duodénale, le syndrome de Bouveret (19).

Les avancées chirurgicales

Les patients bénéficièrent d'un essor de la chirurgie avant ceux de l'anesthésie et de l'antisepsie. Claude-Antoine Bouchet, chirurgien-en-chef, en 1812 fut l'un des premiers Français à ligaturer l'artère iliaque lors d'un anévrysme. Joseph Gensoul, chirurgien aide-major, en 1827 réussit la première résection du maxillaire supérieur en France, avant l'anesthésie. Amédée Bonnet, chirurgien-major (1838-1843), est considéré comme le fondateur de l'école de chirurgie osseuse lyonnaise alors que les spécialités chirurgicales n'étaient pas encore individualisées. Il fit construire des appareils d'immobilisation et de rééducation, opérait le strabisme, les pieds bots ou les resserrements de mâchoire en sectionnant certains tendons ou muscles (20). Léopold Ollier, chirurgien-major (1863-1878), est mondialement connu comme un des pères de la chirurgie osseuse moderne, comme le premier vrai modèle de la chirurgie expérimentale : *Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux* (1885-1891) ; *La régénération des os et les résections sous-périostées* (1894), décrit la dyschondroplasie (maladie d'Ollier). Ses élèves M. Gangolphe, M. Vallas, M. Jaboulay, continuèrent de porter haut la chirurgie osseuse (21).

La chirurgie viscérale se développa grâce aux méthodes d'asepsie (1880). Antonin Poncet, chirurgien-major en 1887, pratiqua en 1891 la première urétrostomie périnéale, recommanda l'appendicectomie en cas d'appendicite aiguë. En 1894, lors de l'assassinat à Lyon du président Carnot, il se trouva démuni face à une plaie hépatique dont le tamponnement n'arrêtait pas l'hémorragie, car on ne connaissait pas la suture des vaisseaux (22). Mathieu Jaboulay, dernier chirurgien-major (1895-1903) fut à l'origine de grandes avancées chirurgicales. Suite à ses travaux concernant la suture artérielle sur l'animal, le maître d'Alexis Carrel-Billiard - interne en 1896 - est considéré comme le précurseur des greffes d'organe. Il fut à l'origine de la neurochirurgie lyonnaise (1889) (23), pratiqua dès 1891 de grandes interventions gastriques et vésiculaires, inventa un bouton mécanique pour ces anastomoses, réalisa la première amputation inter-ilio-abdo-

minale pour une volumineuse tumeur du bassin (1894) et développa la chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde (24).

L'anesthésie

Avant sa découverte, les chirurgiens devaient agir avec promptitude et sans hésiter ; il s'agissait de chirurgies rapides. L'anesthésie permit de pratiquer de nouvelles interventions chirurgicales notamment abdominales. La découverte de l'anesthésie générale par inhalation d'éther en 1846 aux États-Unis par le dentiste William Morton fut révélée à Paris par Jean-François Malgaigne publiant un communiqué le 12 janvier 1847. Quelques jours plus tard à Lyon, A. Bonnet publia le résultat de ses opérations sous anesthésie à l'éther, soit 3 mois seulement après la première. L'éther plus lent à agir, mais moins dangereux, était utilisé plus fréquemment que le chloroforme préféré des Parisiens. Cependant on utilisait le chloroforme pour les interventions courtes, chez l'enfant et en obstétrique, avec prudence. Joseph Pierre Éléonor Petrequin, en 1849, se réjouissait "d'avoir assisté à la découverte de l'anesthésie, et d'avoir démontré la supériorité de l'éther sur le chloroforme" (10).

L'anesthésie était pratiquée par le chirurgien lui-même, puis par une sœur-hospitalière ou un interne (10). L'appareillage d'anesthésie par inhalation se perfectionna grâce aux chirurgiens, allant du coton imbibé, aux inhalateurs mécaniques de Bonnet et Ferrand, en passant par les appareils à air confiné de Poncet ou la blague à tabac d'Ollier. Pour l'anesthésie locale, on utilisait l'éther, le chloroforme ou le chlorure d'éthyle à l'état liquide sur la peau, du fait de leur pouvoir réfrigérant. La première anesthésie locale oculaire à base de cocaïne fut pratiquée à l'hôtel-Dieu par Charles Gaillet en 1884. La première rachianesthésie en France à base de cocaïne fut pratiquée en 1899 par Mathieu Jaboulay avec un résultat peu encourageant. Dès 1894, Antonin Poncet souligna la nécessité de libérer les voies aériennes dans les anesthésies avec mort apparente, ou du moins de se tenir prêt à réaliser une trachéotomie.

L'antisepsie et l'asepsie

La première moitié du siècle fut marquée par une forte mortalité infectieuse post-opératoire, dite période de la *chirurgie septique*. Les chirurgiens opéraient en costume de ville, ne se lavaient pas les mains avant, mais après l'opération pour les nettoyer car ils opéraient sans gants ; les instruments chirurgicaux étaient entreposés dans des vitrines et donnés tels quels pendant l'opération ; les éponges pour absorber les saignements étaient d'origine animale, simplement lavées au savon et réutilisées jusqu'à usure ; la peau du patient était lavée à l'eau tiède à laquelle on ajoutait quelque préparation chimique inefficace ; les fils à suture étaient cirés pour mieux coulisser, et sortaient tout droit des poches des aides-opérateurs ; les plaies n'étaient pas nettoyées et on y apposait toute sorte de pommades, baumes, onguents et charpies absorbantes. De plus l'hôpital était considéré comme une source de contamination (6). Les découvertes de Louis Pasteur démontraient l'existence des germes (1857).

À Lyon, certains chirurgiens avaient déjà essayé différentes méthodes antiseptiques. En 1849 J.-P.-É. Petrequin utilisait différentes solutions caustiques et la teinture d'iode. En 1855 Auguste-Dominique Valette utilisait de l'alcool camphré et une solution phéniquée ; convaincu de la transmission des germes par l'air, il inventa un système aéroplastique qui immergeait le moignon du patient amputé dans une caisse étanche avec une circulation d'eau et d'antiseptique dont le résultat était spectaculaire.

En 1865 à Londres la méthode antiseptique du chirurgien Joseph Lister consistait à asperger la plaie d'acide phénique pur, à faire tremper dans l'acide phénique les instru-

ments chirurgicaux et les mains des opérateurs et enfin à appliquer un pansement phéniqué sur la plaie. En 1870, il inventa *le spray*, appareil à vapeur pulvérisant de l'acide phénique sous forme de brouillard dans l'atmosphère de la salle d'opération. L. Ollier essaya diverses solutions détersives, la méthode de Lister sans grand enthousiasme et un pansement inamovible en 1873 dont les résultats furent désastreux. Il reprit alors la méthode de la caisse étanche de Valette en 1878, sous forme d'un pansement sous verre permettant de surveiller l'évolution de la plaie, mais sa réalisation complexe l'obligea à l'abandonner. J. Létievant alla à Londres auprès de Lister en 1875. Il appliqua la méthode listérienne et l'imposa à tous ses collègues. Cela permit d'éradiquer les épidémies de septicémie et de sauvegarder l'hôpital jugé infecté. L. Ollier finit par adopter la méthode de Lister en 1880 lorsqu'A. Poncet l'a fait admettre par l'Administration des HCL. La mortalité dans son service diminua de 80 à 20% (10). Néanmoins, l'acide phénique n'était pas satisfaisant : la mortalité post-opératoire restait élevée et cet agent chimique irritait les yeux et la peau des patients et des chirurgiens, certains chirurgiens portant des gants pour se protéger de ses effets toxiques.

Louis Pasteur en 1874 inventa alors le stérilisateur à chaleur sèche, le four Pasteur, à l'origine de l'avènement de l'asepsie et de la chirurgie aseptique (1880). En 1883 à Lyon, Léon Tripier, créa un autoclave à bain d'huile (25). À partir de 1887, le nombre d'autoclaves augmentant, on stérilisa les compresses, la ouate et les fils à suture, le tout rangé dans des boîtes métalliques hermétiques.

En France, c'est à Antonin Poncet, chirurgien-major de l'hôtel-Dieu qu'on doit la première salle d'opération aseptique construite en 1888-1889, salle lavée tous les jours au jet d'eau.

Quant aux mains des chirurgiens, des travaux montrèrent qu'elles n'étaient pas stérilisables. Les chirurgiens se lavaient les mains plusieurs fois au cours des interventions dans les solutions antiseptiques et utilisaient des compresses stériles pour toucher des objets stériles. Il fallut attendre 1897 pour voir les premiers gants de coton stérilisables et 1899 pour les gants en caoutchouc de Chaput. Cependant leur utilisation n'était pas systématique, de même que l'utilisation du masque, du sarrau et du calot.

Quant aux patients, le rasage du champ opératoire fut rapidement admis comme nécessaire à l'asepsie dès 1890. Le patient était lavé dans un bain, puis la zone à inciser était frottée énergiquement et enfin désinfectée avec une solution antiseptique. Certains chirurgiens faisaient appliquer un pansement antiseptique préopératoire sur cette zone pendant plusieurs jours avant l'opération.

La radiologie

Les rayons X furent découverts le 8 novembre 1895 par le physicien allemand Wilhelm Röntgen. Etienne Destot médecin-électricien (galvanothérapie et électrothérapie) dans le service du professeur Raphaël Lépine avait ainsi tout le matériel nécessaire lorsque la découverte de Röntgen sur les rayons X fut publiée le 28 décembre 1895 en Allemagne (26). Le 5 février 1896, E. Destot présenta ses premières photographies Röntgen. Ainsi, "la radiologie lyonnaise est née deux mois seulement après la découverte des rayons X" (10). Immédiatement, ce même mois de février 1896, il créa un laboratoire de radiologie dans une des boutiques du passage de l'Hôtel-Dieu. N'ayant pas été reçu à l'agrégation d'anatomie, il poursuivit son travail de radiologue et d'anatomie sur les patients sans pour autant que son laboratoire ne fasse partie des HCL (26). En 1899 il fut intégré aux HCL et nommé chef du service des rayons X à l'Hôtel-Dieu (26). "Non seulement [E. Destot] fut un des tout premiers à l'utiliser [la radiographie], mais il participa à

LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS À L'HÔTEL-DIEU DE LYON AU XIXÈME SIÈCLE

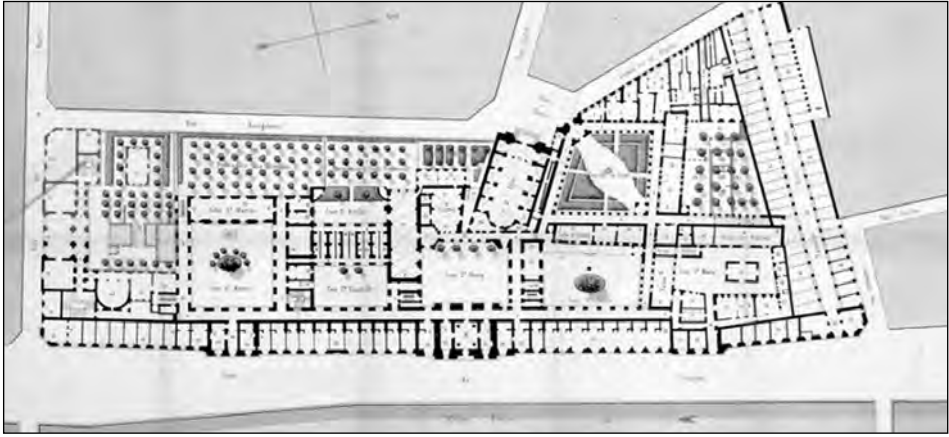


Fig. 1 : *Grand hôtel-Dieu - Plan général (1853).*

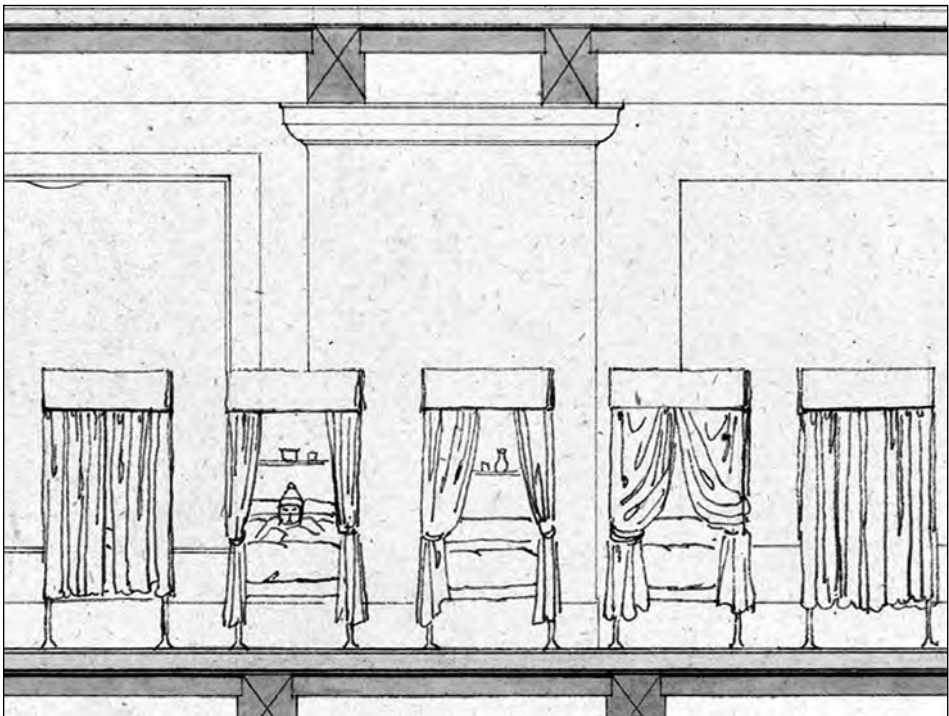


Fig. 2 : *Grand hôtel-Dieu - Salle de patients (1810).*

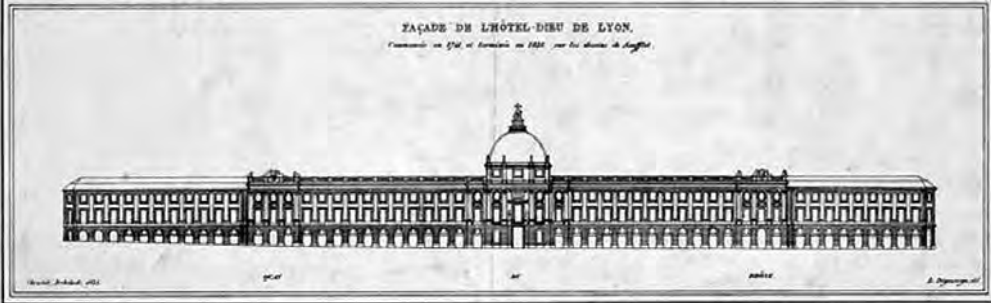


Fig. 3 : Grand hôtel-Dieu - Palais du quai (1838).

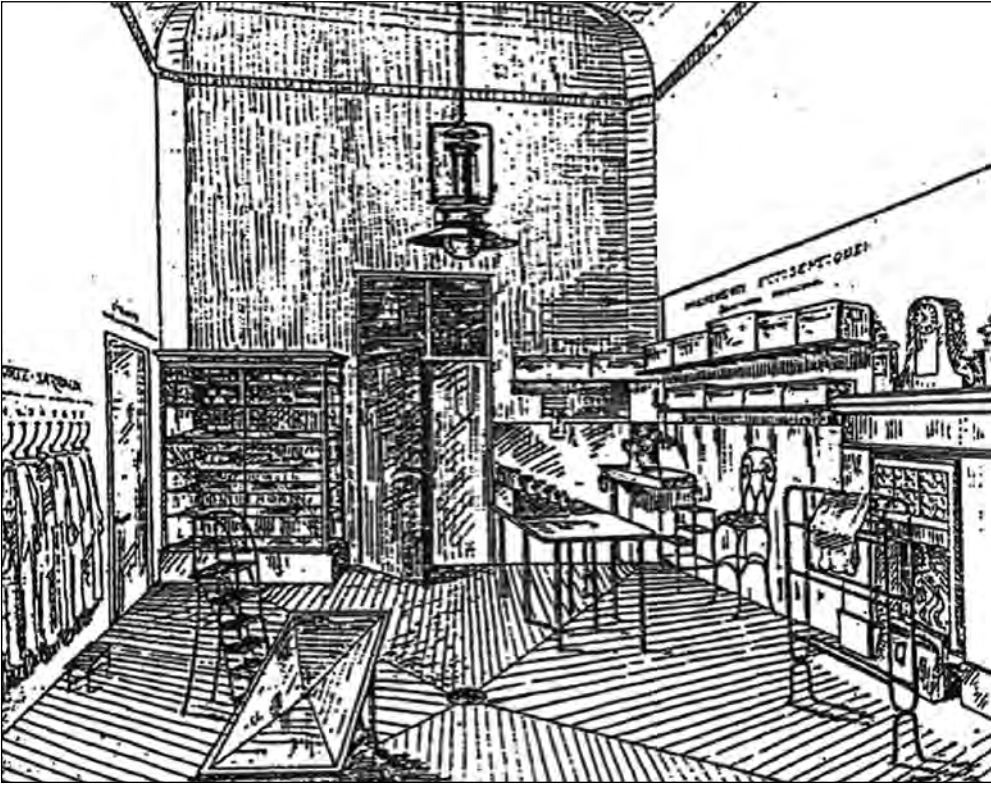


Fig. 4 : Grand hôtel-Dieu - Salle d'opération aseptique du Dr Poncet (1888)

LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS À L'HÔTEL-DIEU DE LYON AU XIXÈME SIÈCLE

ses progrès techniques et créa une œuvre clinique cohérente au point de vue anatomique, physiopathologique, diagnostique et même déjà avec des applications médico-légales”, “dans la tradition de la médecine expérimentale de Claude Bernard” (26). Au cours du XIXème siècle, à tous points de vue, l’Hôtel-Dieu passa de centre d’accueil charitable pour indigents à institution soignante moderne (27).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) RODERY J. - *L'Administration de 1802 à 1952. Les Hospices civils de Lyon (542-1952)*, Audin, 1953. p. 45-65.
- (2) GARDEN M. - *Le Budget des hospices civils de Lyon : 1800-1976*. Association lyonnaise d'économie médicale, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1980.
- (3) POINTE J.-P. - *Histoire topographique et médicale du Grand Hôtel-Dieu de Lyon, dans laquelle sont traitées la plupart des questions qui se rattachent à l'organisation des hôpitaux en général*, Paris, J.-B. Baillière, 1842.
- (4) MONTFALCON J.-B., DE POLINIÈRE A. - *Hygiène de la ville de Lyon, ou opinions et rapports du Conseil de Salubrité du Département du Rhône*, Paris, J.-B. Baillière, 1845, p. 162.
- (5) CROZE A. - *Histoire administrative et topographique de l'Hôtel-Dieu. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon : des origines à l'année 1900*, Lyon, Audin, 1924, 1-222.
- (6) DE POLINIÈRE A. - *Considérations sur la salubrité de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice de la Charité de Lyon*, Lyon, Perrin, 1853.
- (7) PETREQUIN J.-P.-É. - *Mélanges de chirurgie, ou Histoire médicochirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon depuis sa fondation jusqu'à nos jours, avec l'histoire spéciale de la syphilis dans cet hospice, et compte-rendu de la pratique chirurgicale de cet hôpital pendant six années, 1838-1843*, Paris, J.-B. Baillière, 1845.
- (8) CARLE M. - *Histoire médicale de l'Hôtel-Dieu. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon : des origines à l'année 1900*, Lyon, Audin, 1924, 225-354.
- (9) HCL - *Règlement de l'Hôpital général et grand Hôtel-Dieu de Lyon*. Hospices Civils de Lyon, Lyon, Rusand, 1819.
- (10) BOUCHET A. - *La médecine à Lyon des origines à nos jours*, Paris, Fondation Marcel Mérieux - Hervas, 1987.
- (11) JAMBON A. - *Notice sur l'Hôtel-Dieu de Lyon*, Lyon, L. Boitel, 1843.
- (12) DRIVON J. - “La mortalité à l’Hôtel-Dieu de Lyon pendant deux siècles”, *Lyon Méd.*, 1900 : 493-498 ; 530-536 ; 67-73.
- (13) FAURE O. - *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Paris, Éditions du CNRS, 1981.
- (14) FAURE O., DESSERTINE D.- *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIXème et XXème siècles*. Programme Rhône-Alpes Recherches en sciences humaines, Villeurbanne, Éditions du CNRS, 1991.
- (15) DESTOT E. - *Étude sur la mortalité dans les services de chirurgie des hôpitaux de Lyon* [Thèse Médecine]. Lyon : Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon ; 1892.
- (16) PERROUD L. - *Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant les années 1856, 1857, 1858, 1859, 1860*, Lyon, Impr. d'Aimé Vingtrinier, 1864.
- (17) CLÉMENT E. - “État sanitaire de la ville de Lyon de 1872 à 1889”, *Annales de La Société de Médecine de Lyon*, Paris, J.-B. Baillière, 1890, 122-212.
- (18) ROUSSET J. - “Les épidémies à Lyon aux XVIIIème et XIXème siècles et les mesures de prévention médicale qui leur furent opposées”, *Actes du quatre-vingt-neuvième congrès national des sociétés savantes*, Lyon, 1964, Section d'histoire moderne et contemporaine, Vol. 1, T. 2, Paris, Impr. Nationale, 1965, 145-188.
- (19) LYONNET B. - “Léon Bouveret (1850-1929)”, *Lyon Med.* 1929;143:281-5.
- (20) FISCHER L.P. - “Amédée Bonnet (1809, Ambérieu-en-Bugey - 1858, Lyon), Chirurgien major de l’Hôtel-Dieu de Lyon, novateur de la chirurgie ostéo-articulaire et homme de lettres”, *Hist Sci Med.*, 1996 ; 30 : 449-458.

- (21) FISCHER L.P., FISCHER-ATHIEL C., FISCHER B.S. - Cent ans de chirurgie osseuse hospitalo-universitaire à Lyon (1897-1997), 1998 ; 52 : 264-278.
- (22) PARTENSKY C. - "The evolution of gastrointestinal surgery over the last hundred years", *Ann Chir.* 1998 ; 52 : 279-282.
- (23) GOUTELLE A. - "One hundred years of neurosurgery in Lyons: the milestones", *Ann Chir.*, 1998 ; 52 : 293-297.
- (24) BAULIEUX J. - Mathieu Jaboulay. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2014 ; 13 : 25-29.
- (25) FISCHER L.P., FISCHER-COSSU FERRA V., SINCAN P., CONAN P. - "Les premières salles d'opérations dites aseptiques après Pasteur", *Hist Sci Med.* 1999 ; 33 : 69-81.
- (26) FISCHER L.P., BOUTINEAU L., FISCHER B. - "Etienne Destot (1864-1918), chirurgien, anatomiste, fondateur de la radiologie lyonnaise", *Hist Sci Med.*, 2000 ; 34 : 415-428.
- (27) FEIREISEN M. - La vie quotidienne des patients à l'Hôtel-Dieu de Lyon au XIXème siècle [Thèse Médecine]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014.

RÉSUMÉ

L'Hôtel-Dieu de Lyon fut administré par les Hospices Civils de Lyon créés en 1802, permettant une remise à niveau budgétaire, une gestion progressiste dès 1830, l'agrandissement et la rénovation des bâtiments, ainsi que l'amélioration des conditions d'hygiène et de confort des patients. Le millier de patients était soigné par sept médecins, un Chirurgien-major et un Aide-major. Les Internes s'occupaient des pansements, et les sœurs-hospitalières des soins quotidiens. Face à l'augmentation du nombre de patients, l'Hôtel-Dieu dut se consacrer aux adultes les plus gravement atteints, fiévreux ou blessés, sans maternité. Le patient type était pauvre, ouvrier ou artisan et domicilié dans le Rhône. Le nombre de patients payants augmenta progressivement alors que les indigents recevaient des soins gratuits. À partir de 1832 la création d'autres hôpitaux à Lyon permit de désengorger l'Hôtel-Dieu et d'installer un seul malade par lit. La mortalité augmenta au cours du siècle, liée aux maladies infectieuses et à la mortalité post-opératoire. Dans les salles communes régnaient contagion, bruit, peste, rigueur d'un règlement strict et angoisse liée à la mort vécue quotidiennement. La prise en charge médicale et chirurgicale des patients s'améliora considérablement grâce aux perfectionnements de l'examen clinique, l'apparition de la méthode anatomo-clinique et de la méthode expérimentale (L. Ollier), et par l'utilisation de l'anesthésie (A. Bonnet -1846), de l'antisepsie (J. Létievant -1875), de l'asepsie (L. Tripiet -1883) et de la première salle d'opération aseptique (A. Poncet -1888) pour diminuer la mortalité. Enfin l'utilisation pionnière de la radiologie (E. Destot -1895) fut révolutionnaire pour le diagnostic.

SUMMARY

In 1802 the Hôtel-Dieu in Lyons was incorporated in the so-called Hospices Civils de Lyon. This allowed the expansion and renovation of buildings, as well as the improvement of the conditions of hygiene and comfort of the patients. This hospital was devoted only to the most severely ill or injured adults. 1100 patients were treated by seven doctors, a main surgeon and his deputy, residents and sisters. Broadly speaking the evolution of surgery can be divided into two periods: that of before anesthesia and septic surgery and that of antiseptic and aseptic surgery. We have to mention Gensoul and the resection of the maxillary before anesthesia, Bonnet and Ollier who were devoted to osteo-articular surgery (Ollier's disease), Poncet who built the first aseptic theater, Jaboulay and the resident Carrel who were transplantation's pioneers, Bouveret (paroxysmal tachycardia and Bouveret syndrome), Destot who did the first medical use of X-rays in 1895.