

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

REVUE TRIMESTRIELLE FONDÉE EN 1967 PAR LE DR ANDRÉ PECKER†

Éditée par

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

Comité éditorial de la revue

Directeur : M. Jacques Monet PhD-CESSP (École de Kinésithérapie de Paris)
Rédacteurs : Pr Danielle Gourevitch (EPHE, Institute for Advanced Studies, Princeton),
Pr Jacqueline Vons (Univ. Tours, Acad. sciences, belles-lettres et arts, Tours)
Rédacteurs adjoints : Dr Michel Caire PhD (EPHE), M. Guy Cobolet (BIU Santé, Paris),
Dr Claude Gaudiot
Secrétariat de rédaction :
edit.sfhm@gmail.com ou ecole.kinesitherapie.paris@aderf.fr

Conseil scientifique international de la revue

Pr Jacques Battin (Univ. Bordeaux, Acad. nat. de médecine) /
Pr Évelyne Berriot-Salvadore (Univ. Montpellier) / Dr. Michel Caire, PhD (EPHE) /
Dr Jacques Chevallier (Acad. des sciences, belles-lettres et arts, Lyon),
M. Guy Cobolet (BIU Santé, Paris) / Pr Vincent Geenen (Univ. Liège, Belgique) /
Pr Simone Gilgenkrantz (Univ. Nancy) / Pr Danielle Gourevitch (EPHE, Institute for
Advanced Studies, Princeton) / Pr Bernard Hoerni (Institut Bergonié, Bordeaux) /
Pr Samuel Kottek (Univ. Jérusalem) / Pr Magdalena Kozluk (Univ. Łódź, Pologne) /
Pr Jean-Marie Le Minor (Univ. Strasbourg, Acad. nat. de chirurgie) /
Pr Marie-Hélène Marganne (Univ. Liège, Belgique) / M. Jacques Monet, PhD-CESSP
(École de Kinésithérapie de Paris) / Pr Jacques Rouëssé (Acad. nat. de médecine) /
Dr Pierre L. Thillaud, PhD (EPHE) / Dr Teunis van Heiningen (Acad. Royale
néerlandaise des arts et sciences, Amsterdam) / Pr Stéphane Velut (Univ. Tours) /
Pr Jacqueline Vons (Univ. Tours, Acad. sciences, belles-lettres et arts, Tours)

Comptes rendus

Dr Philippe Albou / Dr Élise André / Dr Philippe Bonnichon / Dr Pierre Charon /
Dr Philippe Guillet / Dr Jean-François Hutin / M. Alexandre Klein /
Dr Patrice Le Floch-Prigent / Pr Dominique Mabin / M. Antonio Ricciardetto, PhD /
Dr Alain Ségal / M. Francis Trépardoux.

Indexation

Pubmed Journals, Erihplus, Refdoc.fr (CNRS-Inist), LiSSa

Objectifs de la revue

Histoire des sciences médicales, organe officiel de la *Société française d'histoire de la médecine* (fondée en 1902), est une revue d'audience internationale éditée 4 fois par an depuis 1967. Elle diffuse les recherches médico-historiques des membres de la SFHM ainsi que les contributions d'orateurs invités aux séances mensuelles. Elle publie également des analyses d'ouvrages envoyés au Comité éditorial et concernant les humanités médicales, l'histoire de la médecine et de la santé.

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

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

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

Aims and scope

Histoire des sciences médicales, the official organ of the *Société française d'histoire de la médecine* (founded in 1902) is a journal with an international audience, edited since 1967, 4 times a year. It distributes medico-historical studies of members of the SFHM and contributions of invited speakers at monthly meetings. It also publishes reviews of books sent to the Editorial Board, about medical humanities, history of medicine and health.

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

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

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

Contact et soumission des articles

edit.sfhm@gmail.com ou ecole.kinesitherapie.paris@aderf.fr

Consignes éditoriales

http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/seances_org.htm

Droits de traduction et de reproduction réservés pour tous pays.

Toute reproduction, même partielle est interdite sans accord écrit de la rédaction. Une copie ou une reproduction des textes, dessins, publicité, par quelque procédé que ce soit, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

© Société française d'Histoire de la Médecine : 12, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris

Imprimé en France par

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

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

Dépôt légal 4^{ème} trimestre 2017 - Commission paritaire 1020 G 79968

p-ISSN 0440-8888 • e-ISSN 0440-8888

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE FONDÉE EN 1902

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

Contact : secretariat.sfhm@gmail.com

MEMBRES D'HONNEUR- CONSEIL DES SAGES

Professeur A. BOUCHET, Docteur J.-J. FERRANDIS, Professeur D. GOUREVITCH,
Madame M.-J. PALLARDY, Professeur J. POSTEL, Monsieur M. ROUX-DESSARPS,
Madame J. SAMION-CONTET, Docteur A. SÉGAL

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2017

BUREAU

Président : Pr Jacqueline VONS
Vice-Présidents : Pr Jacques BATTIN et M. Guy COBOLET
Secrétaire Général : Dr Philippe ALBOU
Secrétaire Général adjoint : Dr Jacques CHEVALLIER
Secrétaire de séance : M. Jacques MONET
Trésorier : Dr Jean-François HUTIN
Trésorier adjoint : Dr Pierre CHARON

SONT ASSOCIÉS AU BUREAU

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

MEMBRE HONORAIRE

Professeur Samuel KOTTEK

MEMBRES

Docteur Ph. ALBOU, Professeur J. BATTIN, Professeur P. BERCHE, Docteur Ph. BONNICHON,
Docteur J.-J. BOUTARIC, Docteur Ph. CHARLIER, Docteur P. CHARON,
Docteur J. CHEVALLIER, Monsieur G. COBOLET, Docteur A.-J. FABRE,
Docteur C. GAUDIOT, Professeur M. GERMAIN, Professeur D. GOUREVITCH,
Docteur J.-F. HUTIN, Professeur M. KOZLUK, Docteur P. LEFLOCH-PRIGENT,
Docteur A. LELLOUCH, Professeur J.-M. LE MINOR, Monsieur J. MONET,
Docteur J. POUILLARD, Monsieur M. ROUX-DESSARPS, Docteur A. SÉGAL,
Docteur P.-L. THILLAUD, Monsieur F. TRÉPARDOUX, Professeur J. VONS.

Membres d'honneur de la Société Française d'Histoire de la Médecine depuis 1973

Année 1973

Monsieur Raymond GUILLEMOT†

Année 1982

Docteur André PECKER†, Madame Denise WROTNOWSKA†,
Doyen Jean-Pierre KERNEIS†

Année 1984

Docteur Théodore VETTER†

Année 1987

Madame Jacqueline SONOLET†

Année 1989

Professeur Jean CHEYMOL†

Année 1990

Docteur Michel VALENTIN†, Docteur Pierre DUREL†

Année 1992

Madame le Docteur Anna CORNET†

Année 1993

Médecin-Général Louis DULIEU†

Année 1994

Professeur André CORNET†

Année 1995

Professeur Jean-Charles SOURNIA†

Année 1997

Médecin-Général Pierre LEFEBVRE†, Madame Paule DUMAÎTRE†
Monsieur Jean THÉODORIDÈS†

Année 1999

Professeur Mirko Dražen GRMEK†

Année 2001

Professeur Alain BOUCHET, Professeur Guy PALLARDY†,
Professeur André SICARD†

Année 2003

Professeur Jacques POSTEL

Année 2004

Madame Marie-José PALLARDY

Année 2005

Docteur Maurice BOUCHER†, Professeur Jean-Louis PLESSIS†

Année 2006

Monsieur Michel ROUX-DESSARPS, Docteur Alain SÉGAL

Année 2009

Professeur Danielle GOUREVITCH

Année 2010

Professeur Louis-Paul FISCHER†, Madame Janine SAMION-CONTET

Année 2012

Docteur Jean-Jacques FERRANDIS

Année 2014

Docteur Pierre L. THILLAUD

Année 2016

Monsieur Francis TRÉPARDOUX

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

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

TOME LI

2017

N°3

Sommaire

Société française d'histoire de la médecine

Compte rendu des journées du 13 au 15 octobre 2017 à Strasbourg	327
Compte rendu de la séance du samedi 18 novembre 2017	330
Compte rendu de la séance du samedi 16 décembre 2017	333

<i>La Correspondance de Guy Patin. Épilogue d'un fait divers : l'affaire Raphaël Lévy</i> par Simone GILGENKRANTZ	339
--	-----

<i>Modernisation de la médecine en Égypte au XIX^{ème} siècle</i> par Bardia SABET AZAD	349
--	-----

<i>De l'usage et des connaissances de l'opium et du tabac sur la santé humaine au XIX^{ème} siècle</i> par Isabelle CAVÉ	359
---	-----

<i>Femme et médecin à Bir Hakeim : Louise-Marie Lemanissier</i> par Marc E. GENTILI	371
--	-----

<i>Un défi chirurgical depuis l'Antiquité : reconstruire le nez</i> par Jacques CHEVALLIER	377
---	-----

<i>Frédéric Chopin avait-il la mucoviscidose ?</i> par Michel GERMAIN	395
--	-----

<i>L'histoire de la lobotomie en France</i> par Louis-Marie TERRIER	397
--	-----

<i>Comptes rendus d'ouvrages</i>	417
--	-----

<i>Instructions aux auteurs</i>	445
---------------------------------------	-----

<i>Annuaire des membres de la SFHM (2017)</i>	447
---	-----

Les 36 volumes du Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine (1902-1941, avec les tables 1902-1914) sont en ligne sur le site de la Bibliothèque interuniversitaire de médecine avec deux possibilités d'accès :

- feuilletage volume par volume:

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?bsfhm>

- recherche par les index (noms des auteurs, mots des titres des articles) :

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/periodiques.php>

Cette deuxième adresse permet une recherche croisée avec huit autres revues majeures du XVIIIème au XXème siècle. On peut imprimer les textes. Notre actuelle revue *Histoire des sciences médicales* est en ligne, elle aussi, via le site de la BIU Santé, à l'exception des deux dernières années, à cette adresse : <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/hsm/?do=list> ; cet "embargo" permet le maintien du tirage papier sous la forme que nous lui connaissons aujourd'hui.

La *e-sfhm*

La Société française d'histoire de la médecine, fondée en 1902, a créé en 2015 un supplément illustré électronique à la revue *Histoire des sciences médicales*, intitulé *e-sfhm*. Ce supplément élargit l'éventail des communications possibles pour ceux qui ne peuvent assister aux séances de la société ou qui veulent diffuser et partager une iconographie de qualité, inaccessible à la reproduction dans une revue imprimée. Contrairement à l'*Histoire des sciences médicales* qui comporte quatre fascicules par an, avec un total de 500 à 600 pages, sortant entre 3 et 6 mois après la présentation des communications lors des séances mensuelles, la *e-sfhm* a un rythme de parution plus souple, tout en assurant une qualité scientifique équivalente à celle des articles imprimés. Les propositions de publication, comportant un texte n'excédant pas 20000 signes (espaces comprises) et entre 10 et 20 illustrations (2000 x 2000 pixel), accompagnées d'un résumé et de deux illustrations au moins, doivent être envoyées par voie électronique à M. Jacques Monet, directeur du Comité éditorial, edit.sfhm@gmail.com. Les normes éditoriales pour la *e-sfhm* peuvent être consultées sur le site Internet de la SFHM :

http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/revue/01sup_illustre_revue.pdf

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

COMPTE RENDU DES JOURNÉES DU 13 AU 15 OCTOBRE 2017 À STRASBOURG

Procès verbal des journées d'histoire de la médecine organisées par le Pr Jean-Marie Le Minor à Strasbourg du 13 au 15 octobre 2017

Le vendredi 13 octobre 2017, nous avons été accueillis à la Faculté de médecine de Strasbourg par le Pr Jean-Yves Pabst, vice-président de l'université de Strasbourg, le Pr Jean-Marie Vetter, président de l'Institut des arts et traditions populaires d'Alsace, et le Pr Jean-Marie Le Minor qui avait organisé ces journées d'histoire de la médecine dans le cadre prestigieux de l'histoire du rayonnement médical européen de Strasbourg du XIV^{ème} siècle à 1870. Mme le Pr Jacqueline Vons, présidente de la SFHM, a rappelé notre précédent voyage dans ces lieux chargés d'histoire et de culture et s'est félicitée que la SFHM soit associée au triple 500^{ème} anniversaire d'événements qui ont marqué l'histoire des idées, et plus particulièrement, l'histoire des institutions et du livre de médecine à Strasbourg.

Le programme scientifique de ces deux journées était particulièrement dense et enrichissant, comme on pourra s'en rendre compte par la liste des communications ci-après. La séance du vendredi après-midi, dans la prestigieuse salle du Conseil de l'Hôpital civil, fut consacrée aux origines strasbourgeoises : le Pr A. Drizenko présenta une étude de trois manuscrits médiévaux conservés à la Bibliothèque universitaire de Strasbourg, le Pr J.-L. Kahn un panorama d'incunables médicaux, le Dr J. Chevallier analysa les premiers textes sur le Mal français de S. Brant et de J. Grunpeck, et le Dr Mme C. Muller (*in absentia*) disséqua la symbolique de sceaux de chirurgiens alsaciens. Le samedi matin, nous nous sommes retrouvés dans la superbe salle des thèses de la faculté de médecine : l'ouvrage emblématique du chirurgien Hans von Gersdorf était mis à l'honneur, dans trois communications successives du Pr J.-M. Le Minor, du Dr E. Düring-Hollender et du Pr J. Battin. L'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Institut d'anatomie, on fit revivre l'enseignement de la médecine à Strasbourg au cours des siècles passés, à travers quelques publications en latin dues aux Sebitz au XVII^{ème} siècle présentées par le Pr J. Vons, l'évolution historique des écoles de sages-femmes à Strasbourg qui a fait l'objet du travail de l'historien P.-A. Havé, le rappel par le Pr J.-Y. Pabst des chaires de matière médicale au XVIII^{ème} siècle, ou de la réflexion conduite par le Dr E. André à propos de l'évolution sémantique de termes médicaux de Lobstein à nos jours. Le dimanche matin, deux communications furent présentées dans l'amphithéâtre de l'Institut d'anesthésiologie, l'une, par G. Dannhoff sur les professeurs titulaires de médecine opératoire au XIX^{ème} siècle, l'autre, prononcée par D. Durand de Bousingen, consacrée à V. Stoeber, créateur de l'enseignement d'ophtalmologie en France.

À ces communications se sont ajoutées trois belles conférences historiques et culturelles. Le Dr G. Yoram Federmann, psychiatre fondateur du *Cercle Menachem Taffel*, nous parla du devoir de mémoire ; le Pr M. Arnold, professeur d'histoire moderne et contemporaine, fit revivre avec brio et intensité la figure de Martin Luther ; enfin le Pr L. Fraisse, professeur de littérature française, évoqua d'un point de vue littéraire notamment les relations entre Proust et la médecine.

Nous avons eu l'occasion de visiter des lieux emblématiques du savoir médical, la pharmacie historique, l'amphithéâtre d'anatomie ... La superbe collection de trépan et tire-têtes exposée à la pharmacie historique témoigne des connaissances théoriques et de la maîtrise des gestes des chirurgiens d'autrefois, autant que de la volonté sans faille de

COMPTE RENDU DES JOURNÉES DU 13 AU 15 OCTOBRE 2017 À STRASBOURG

nos contemporains pour conserver et diffuser ce patrimoine. Cette visite fut complétée pour les rescapés du dimanche matin par celle du Musée d'art moderne et contemporain, avec son exposition "Laboratoire d'Europe, Strasbourg 1890-1930", dans laquelle le Pr Le Minor s'était impliqué pour le domaine qui est le sien, exposition qui s'efforce de faire le point sur les effets de la présence allemande dans cette actuelle capitale européenne.

Les sens n'ont pas été oubliés dans ce régime médical de grande qualité : plaisir de l'ouïe par le moment musical, instrumental et chanté, offert par A. Drizenko, anatomiste et organiste, et un quatuor de jeunes dentistes et étudiants du Conservatoire, médecins *cantores*, chaleureusement et longuement applaudis dans la chapelle protestante de l'Hôpital civil ; plaisir du goût enfin par le somptueux dîner alsacien auquel une trentaine de convives a participé, à l'enseigne du "Cerf d'or" le samedi soir.

Il nous reste à remercier et à féliciter le Pr J.-M. Le Minor pour s'être chargé d'organiser dans les moindres détails ces trois belles journées, qui ont permis à certains de découvrir, à d'autres de retrouver le patrimoine culturel, passé et actuel, d'une ville et d'une université dynamiques. Nous savons que l'histoire de la médecine de demain se construit aujourd'hui, au fil de ces rencontres. Nous remercions vivement M. le Président de l'université, M. le directeur général de l'hôpital et tous ceux qui ont apporté une aide matérielle, qui ont facilité les démarches et les prises de contact.

Nous témoignons enfin notre sincère gratitude à Monsieur le Doyen de la faculté de médecine et à Monsieur le Vice président de l'université qui nous ont fait le grand honneur de nous ouvrir les portes de cette renommée faculté de médecine.

Jacqueline Vons,
présidente de la SFHM



*Dans la salle du Conseil de l'Hôpital civil,
on reconnaît à droite Teunis van Heiningen (Pays-Bas) et Francis Trépardoux.*

COMPTE RENDU DES JOURNÉES DU 13 AU 15 OCTOBRE 2017 À STRASBOURG

Dans la chapelle protestante de l'Hôpital civil,



Jean-Marie Le Minor en organisateur.



Antoine Drizenko en concertiste.



*Antoine Drizenko
et les chanteurs.*

*À la sortie de la
faculté de médecine,
le plus jeune orateur
de ces journées,
Élise André.*



Tous les clichés sont de Philippe Albou.

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU SAMEDI 18 NOVEMBRE 2017

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence de Mme le Pr Jacqueline Vons, président de la SFHM, le samedi 18 novembre 2017 à 14h30, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris.

1) *Excusés*

Jean-François Schuhl, Philippe Casassus.

2) *Décès*

Dr Jean-Claude Puisségur.

3) *Élections*

- Philippe Casassus, professeur de thérapeutique et hématologue au CHU de Bobigny, spécialiste de Jean-Jacques Rousseau. Parrains : Jean Dupouy-Camet et Philippe Albou.

- Serge Boarini, professeur agrégé de lettres et de philosophie (lycée de l'Oiselet, 38300, Bourgoin-Jallieu), spécialiste d'éthique et de morale dans le domaine de la santé, l'inoculation au XVIIIème siècle, le vieillissement. Parrains : Jacqueline Vons et Jacques Chevallier.

- Yukiko Kano, qui a soutenu une thèse en 2004, sur *Corps et névrose dans les premières œuvres de Gustave Flaubert*, et au Japon anime des séminaires en collaboration avec la Société d'histoire de la médecine de Kyoto. Parrains : Simone Gilgenkrantz et Danielle Gourevitch.

4) *Candidatures*

- M. Grégoire Masson, 109, rue Denfert Rochereau 02100 Saint-Quentin, professeur d'histoire-géographie et docteur en histoire romaine de l'Université Pierre Mendès-France de Grenoble, avec une thèse sur *Asclépios/Esculape et Hygie en Gaule et dans les Germanies*. Auteur d'une dizaine d'articles portant sur l'histoire gréco-romaine, membre du CA de la Société Académique de Saint-Quentin, membre associé du Centre d'Histoire, Espaces et Cultures (CHEC) de l'Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand.

- Médecin en chef Christelle Ferraty, docteur en médecine et en psychologie, service de psychologie de la Marine, 4, rue des Tulipes, 29 280 Plouzané, s'intéresse à l'histoire de la Santé navale, et notamment aux aspects psychologiques de la pratique des chirurgiens militaires des armées napoléoniennes.

- Pr Hernan Valdes-Socin, Clos des Coudriers, 64802 HEUSY (Belgique), chef du Service d'endocrinologie du CHU Sart Tilman à Liège, s'intéresse particulièrement à l'histoire de l'endocrinologie, avec entre autres l'histoire des découvertes des XIXème et XXème siècles relatives à l'hypophyse et aux hormones hypophysaires glycoprotéiques. Il vient de terminer une recherche sur Bernardo Alberto Houssay (1887-1971), prix Nobel de médecine en 1947 pour sa contribution à la physiologie hypophysaire.

5) *Livres reçus ou annoncés*

- Gilbert SCHLOGEL - *Philippe Mouret, Une (R)évolution par la coelio-chirurgie. Le Français qui a bouleversé la pratique chirurgicale du monde entier*, Sauramps Médical, septembre 2017 (30 €).

- Marc DECIMO & Tanka G. TREMBLAY - *Le texte à l'épreuve de la folie et de la littérature*, Les presses du réel – domaine Avant-gardes – collection Les Hétéroclites, septembre 2017, 608 pages (42 €).

- SYLVIE HUMBERT, PHILIPPE GALANOPOULOS et ALEXANDRE LUNEL - *La médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui : regards croisés*, coll. Actes et Séminaires, LEH Éditions, Bordeaux, 2017 (34 €).

- François ZANETTI - *L'électricité médicale dans la France des Lumières*, Oxford University Studies in the Enlightenment, Oxford, Voltaire Foundation, 2017 (81 €).
- *Autobiographie de Félix d'Hérelle (1873-1949) : les pérégrinations d'un bactériologiste* (avec la contribution de Alain DUBLANCHET), Lavoisier ed./ Tec & Doc. 2017, Paris, 2017, 347 p (54 €).
- Jean-François HUTIN - *La Grande Histoire de la médecine (Pièce de théâtre)*, Éd. Glyphe, Paris, 2017 (14€).
- Rémi KOHLER (sous la direction de) - *Une histoire de l'orthopédie pédiatrique*, Sauramps Medical, 2017 (30 €).
- Hélène LECLERC - *Les Hôpitaux militaires à Romorantin en 1914-1918*, Bulletin de la Société d'Art, d'Histoire et d'Archéologie de la Sologne, n° 205, 4ème trimestre 2016.
- François CLÉMENT (dir.) - *Épidémies, épidémiologies : des représentations anciennes aux approches actuelles*, Presses Universitaires de Rennes, 2017 (21 €).
- Bernard-Alex GAÜZERE et Pierre AUBRY - *Histoire de la médecine à l'Île Bourbon*, L'Harmattan, 2017. *Tome 1 - De la découverte de l'île à nos jours*, 33 €, 322 pages. *Tome 2 - Histoire des maladies* (29 €).
- Jonathan BARBIER et Ludovic FROBERT (dir.) - *Une imagination républicaine, François-Vincent Raspail (1794-1878)*, Presses universitaires de Franche-Comté, 262 pages, octobre 2017 (20 €).
- Michel AMIEL et Sergueï PIOTROVITCH - *Rayons X, une autre image de la Grande guerre* (Le livre de l'exposition), Maison des Sciences de l'homme d'Aquitaine, Éd. Libel, 2017 (23 €).
- Gérard PAGNIEZ - *Accueillir, soigner, soulager. L'hospitalisation des civils à l'hospice Condé de Chantilly au XIXème siècle*, in Cahiers de Chantilly, Études d'histoire et d'art du sud de l'Oise, n°9, 2016 (16,99 €).
- Yves Claude BLANCHON - *Gui de Chauillac, Médecin des Papes et chanoine lyonnais (1300-1938)*, préface du Pr Patrice Queneau, Éd. de la Phénicie, 2016, 116 pages ((13 €).
- Olivier RYCKEBUSCH - *Les hôpitaux généraux du Nord au siècle des Lumières, 1737-1789*, Presses Universitaires du Septentrion, 2017, 36 pages (28 €).
- Albert MASSONIE - *J'ai soigné Pétain*, Préfaces de Fabrice d'Almeida et Philippe Charlier, Éd. Taillandier, 2017 (21,5 €).
- Ariel TOLEDANO - *Médecine et Sagesse juive*, Éd. in press, 600 pages, 2017 (29,5 €).
- Violaine GIACOMOTTO-CHARRA et Jacqueline VONS (dir.) - *Formes du savoir médical à la Renaissance*, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2017 (23 €).
- Patrice QUENEAU - *Sauver le médecin généraliste*, Odile Jacob Éd., le 25 octobre 2017.

7) Communications

- **Simone GILGENKRANTZ** - *La Correspondance de Guy Patin. Épilogue d'un fait divers : l'affaire Raphaël Lévy*.

À partir de la *Correspondance* de Guy Patin, médecin, doyen de la Faculté de médecine de Paris, l'histoire d'un fait divers, celle de la condamnation d'un Juif qui fut brûlé vif à Metz en 1670, est analysée jusqu'à son épilogue ultime en 2014 qui scelle désormais la reconnaissance de son innocence.

Intervention : Pr Gourevitch.

La séance est levée à 17 h 15.

Prochaine séance, samedi 16 décembre 2017, salle du Conseil de l'ancienne Faculté de Médecine, 12, Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris.

- **Bardia SABET AZAD** - *Modernisation de la médecine en Égypte.*

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

Intervention : Pr Vons et Battin, Drs Hutin et Ségal.

- **Isabelle CAVÉ** - *De l'usage et des connaissances de l'opium et du tabac sur la santé humaine au XIX^{ème} siècle.*

Le XIX^{ème} siècle français, sous une III^{ème} République aussi moralisatrice que libertaire, va connaître une nouvelle mode de mœurs sociales, "le célibat". On note un célibataire contre deux chefs de famille au recensement national de la population pour 1866. Les hommes boudent à présent les salons féminins, préférant les nouveaux plaisirs de consommation du tabac et les vapeurs des boissons alcoolisées à l'estaminet ! La Priapée (tabac) régule les impulsions génitales qui font naître l'amour, ou, au contraire, détient le pouvoir de freiner ou d'éteindre les ardeurs. Quand ce n'est pas cette race asiatique de l'autre bout du monde, habituée depuis des décennies à fumer l'opium, qui se dessine aux usages des populations d'Europe et d'Amérique, en renonçant à se griser des vapeurs enivrantes du pavot pour s'engourdir dans la fumée narcotique du tabac. Fort heureusement les sciences médicales et pharmaceutiques européennes vont rapidement prendre le contrôle sanitaire sur ces deux substances narcotiques potentiellement très dangereuses pour l'homme.

Intervention : Pr Gourevitch, Drs Cazalaà et Albou

- **Marc GENTILI** - *Femme et médecin à Bir Hakeim.*

Étonnant parcours que celui de Louise-Marie Lemanissier. Quelques jours après le 18 juin 1940, elle rejoint la Grande Bretagne avec son mari. D'abord affectés en tant que médecins au dépôt des Forces Françaises Libres (FFL) ils suivront au Levant les unités FFL. La 1^{ère} Brigade FFL s'installe à Bir Hakeim le 13 février 1942. Le couple Lemanissier la rejoint dans l'ambulance chirurgicale mobile Hadfield Spears. Louise-Marie Lemanissier y donnera les soins et l'anesthésie. La technique semble s'être limitée à l'usage du masque. Après 17 jours de siège, la première BFL force le siège avec des pertes évaluées à 40% des troupes engagées. Le couple retourne en Syrie jusqu'à la fin du conflit. Ils s'installent ensuite au Mans. Louise-Marie Lemanissier passe sa thèse de médecine en 1947, consacrée à la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie. Elle décède en 2007 dans sa centième année.

Intervention : Prs Gilgenkrantz et Battin, Drs Albou et Bonnichon, M. Trépardoux.

Jacques Monet,
Secrétaire de séance

COMPTE RENDU DE LA SEANCE DU SAMEDI 16 DÉCEMBRE 2017

Séance de la Société Française d'Histoire de la Médecine sous la présidence de Mme le Pr Jacqueline Vons, le samedi 16 décembre 2017 à 14h30, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris.

1) *Excusés*

M. Jacques Monet.

2) *Élections*

- M. Grégoire Masson, professeur d'histoire-géographie et docteur en histoire romaine. Parrains : Danielle Gourevich et Pierre Thillaud.

- Docteur Christelle Ferraty, docteur en médecine et en psychologie. Parrains : Jean-Jacques Ferrandis et Jean-François Hutin.

- Pr Hernan Valdes-Socin, chef de clinique du Service d'endocrinologie du CHU Sart Tilman à Liège. Parrains : Vincent Geenen et Philippe Bonnichon.

3) *Candidatures*

- M. Paul-André Havé, qui s'intéresse à l'histoire des sciences médicales, médecine militaire et service de santé de armées, histoire de l'Alsace et des mondes germaniques, histoire de la gynécologie et de l'obstétrique. Prépare une thèse sur *L'âge d'or de l'obstétrique à Strasbourg, ou de l'émulation de la concurrence de deux écoles d'accouchement*.

- Dr Philippe Bruniaux, médecin gériatre à Arbois et spécialiste de Pasteur.

4) *Livres reçus*

- Hippocrate - Tome XII, 4ème partie : *Femmes stériles - Maladies des jeunes filles - Superfétation - Excision du fœtus*. Texte établi, traduit et annoté par Florence Bourbon, Les Belles Lettres, Paris, 2017 (45 €).

- Patrice Pinet - *Les musiciens, la maladie et la médecine, de Guillaume de Machaut à Bela Bartok*, L'Harmattan, Paris, 2017 (39 €).

- Roger Teyssou - *Jérôme Fracastor (1478-1553), De la nature des choses à la nature des germes*, L'Harmattan, Paris, 2017 (15 €).

- Roger Teyssou - *La thérapeutique de Fracastor : Lexique des médicaments*, L'Harmattan, Paris, 2017 (20,50 €).

- Roger Teyssou - *Jean Wier : des dieux, des démons, des sorcières*, L'Harmattan, Paris, 2017 (26 €).

5) *Remise du prix Sournia de la SFHM à M. Nicola Zito pour sa thèse* consistant en une édition critique avec traduction française et commentaire philologique du poème médico-astrologique *Peri Katarchôn (Sur les commencements, v. 141-438)* attribué à Maxime d'Éphèse.

A. Présentation du candidat par Mme le Pr Jacqueline Vons, présidente de la Commission des prix

C'est en 2006 que le premier Prix Jean-Charles Sournia destiné à récompenser un travail de recherche original dans le domaine de l'histoire des sciences médicales, rédigé en français, datant de moins de deux ans, par un chercheur étranger, âgé de moins de 40 ans, fut attribué. Hiro Hirai était un Japonais vivant en Belgique. Depuis, nous avons eu le plaisir de distinguer d'autres jeunes chercheurs internationaux venus de Pologne, de Belgique et de Suisse.

Nous avons aujourd'hui un nouveau lauréat, que nous sommes heureux d'accueillir ici. Monsieur Nicola Zito né en 1982 à Pagani, en français Payens, dans la province de Salerne, de nationalité italienne, est un bel d'exemple de la mobilité estudiantine contem-

poraine, puisque, après une licence et un master de lettres classiques en Italie, il a fait une thèse en co-tutelle à l'université de Florence et à celle de Paris-Ouest-Nanterre.

Monsieur, dans la continuité et l'élargissement de votre mémoire de master, votre thèse soutenue le 28 mars 2012 consiste en une édition critique avec traduction française et commentaire philologique du poème médico-astrologique *Peri Katarchôn* (*Sur les commencements*, v. 141-438) attribué à Maxime d'Éphèse, maître et conseiller de l'empereur Julien l'Apostat. Elle a été récemment publiée en 2016 dans la collection des Universités de France, aux Belles Lettres, sous le titre *Des initiatives*. Depuis 2012, vous avez continué à étudier et à travailler dans ce Paris que vous aviez découvert à l'occasion d'un séjour Erasmus, vous avez été qualifié comme maître de conférences par le CNU section n° 8 en 2015 et vous avez été brillamment reçu à l'agrégation de lettres classiques en 2016. Vous êtes membre associé de l'équipe de recherche Médecine grecque (UMR 8167) et vous enseignez au lycée La Bruyère de Versailles. Vous préparez actuellement une nouvelle édition critique avec traduction française et commentaire du traité de médecine astrologique attribué à Galien, *Prognostica de decubitu ex mathematica scientia*. Je ne citerai pas vos autres publications, articles et comptes rendus, l'organisation de colloques..., qui augurent de belles recherches futures.



Nicolas Zito, © Cliché Le Floch-Prigent.

La commission des prix de la Société Française d'Histoire de la Médecine a décidé à l'unanimité de vous remettre le prix J.-C. Sournia. À ce titre, et au nom de la Société, je vous adresse nos plus vives félicitations et vous remets cette médaille d'argent de notre Société qui vous permettra d'en conserver durablement le souvenir.

B. Intervention de M. Zito

Je commencerai ma brève intervention en remerciant chaleureusement la Commission des prix de la Société française d'histoire de la médecine, qui a jugé mes travaux sur la médecine astrologique dignes d'une récompense si prestigieuse : je suis en effet très honoré de me trouver ici aujourd'hui et de recevoir ce prix créé pour célébrer la mémoire d'un historien de la médecine dont la culture et la diversité des intérêts font toute mon admiration.

Les origines de l'iatromathématique, l'application de l'astrologie à la médecine pour prévoir la durée et l'issue des maladies, se perdent dans

la nuit des temps : au II^{ème} siècle de notre ère, l'astronome et astrologue Claude Ptolémée en attribue en effet l'invention aux Égyptiens. Ces derniers, "qui ont fait faire le plus de progrès à cette branche de l'art, ont attaché de toutes manières la médecine à la prognose fondée sur la science des astres. En effet ils n'eussent jamais institué de certaines opérations apotropaiques, ni composé des phylactères et des recettes de guérison en rapport avec les conditions générales et particulières, futures ou présentes, résultant de l'ensemble du ciel environnant, s'ils ne s'étaient pas appuyés sur l'immobilité et l'immuabilité des choses futures" (*Tétrabible*, 1.3.18, traduction de A.-J. Festugière).

Plusieurs siècles plus tard, cette tradition n'aura rien perdu de sa vitalité, si au IV^{ème} siècle de notre ère Zénon de Chypre fonde précisément à Alexandrie une école médicale influencée par le néoplatonisme où le recours à la divination semble avoir été habituel. Parmi les élèves de Zénon se distingue le célèbre Oribase, médecin personnel de l'Empereur Julien, dit l'Apostat, dont on connaît la vénération pour le dieu Asclépios, capable comme le Christ de soigner les souffrances des corps et de soulager les tourments des âmes.

Un reflet de l'intérêt porté par le jeune souverain et son entourage à l'iatromathématique est représenté par le *Peri Katarchôn*, bref poème astrologique sur les initiatives humaines vraisemblablement composé par Maxime d'Éphèse, philosophe néoplatonicien, théurge et mentor de Julien lui-même. La partie la plus importante du poème est en effet consacrée aux maladies et aux opérations chirurgicales ; les deux sections consacrées à ces disciplines sont en outre placées exactement au milieu de notre opuscule astrologique, dont elles représentent pour ainsi dire la clé de voûte. Le poète y suit les déplacements de Séléné, la Lune, le long du Zodiaque, en passant en revue les douze signes que traverse la déesse, et en analysant les influences bienfaisantes ou néfastes de ces combinaisons astrales sur l'issue d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale.

C'est précisément ce poème qui m'a permis de m'intéresser à la médecine astrologique, puisque le *Peri Katarchôn* a fait l'objet de mon mémoire de Master 2, soutenu à l'Université de Florence en 2008, puis de ma thèse de doctorat, rédigée à l'Université de Paris-Ouest-Nanterre-La Défense sous la direction du regretté Pierre Chuvin, disparu il y a bientôt un an : que l'élève puisse donc adresser une pensée reconnaissante au maître qui n'a pas assisté à cette belle récompense de son travail.

J'ai notamment traduit en français le poème de Maxime, dont il n'existait que deux traductions latines datant respectivement de 1717 et de 1851, et fourni un commentaire philologique et littéraire de ce texte qui n'avait jamais été étudié de manière systématique auparavant. En ce qui concerne plus particulièrement l'iatromathématique, j'ai donc eu l'occasion d'approfondir les liens entre médecine et astrologie, et de rendre compte des liens que le poète établit entre un astre et une maladie ou l'issue d'une opération chirurgicale.

Maxime se montre en général fidèle aux principes, assez bien connus par ailleurs, de la mélothésie zodiacale, répartition de l'influence des signes sur les différentes parties du corps humain suivant un ordre *de capite ad calcem* : le Bélier, premier signe, exercera dès lors son influence sur la tête, alors que les pieds, partie la plus basse du corps, échoient en partage aux Poissons, dernier des signes. Mais le poète se montre parfois plus original : la mention d'une blessure au pied dont serait responsable le Cancer a une explication mythologique, le Cancer ayant été placé parmi les constellations par Héra pour avoir mordu Héraclès au pied lorsque le héros combattait l'hydre de Lerne. L'influence bienfaisante de la Vierge sur les accouchements est due quant à elle à l'identification de ce signe tantôt avec Déméter, déesse de la fertilité, à cause de l'épi qu'elle tient dans sa

main, tantôt avec Ilithye-Lucine, protectrice de l'enfantement. Dans le pronostic qu'il consacre au signe du Scorpion, Maxime ne mentionne enfin pas la région du pubis, que pourtant l'on associe traditionnellement à ce signe : mais cette partie du corps est d'habitude couverte, et le Scorpion est associé en astrologie aux choses cachées, ce qui explique peut-être le silence du poète...

Ce travail d'édition, traduction et commentaire, paru au printemps 2016 dans la Collection des Universités de France publiée aux Belles Lettres, ne représente que le point de départ d'autres études consacrées à l'histoire de la médecine et plus particulièrement à ses filons les plus irrationnels. En effet, en février 2017, la journée d'études consacrée à la guérison et au traitement, organisée par les doctorants de l'équipe "Médecine grecque" de Paris IV-Sorbonne, m'a permis d'élargir mes recherches à un autre poème composé vraisemblablement lui aussi dans l'entourage de l'Empereur Julien, le *Lapidaire* orphique, consacré au vertus magiques et thérapeutiques de vingt-neuf pierres. L'iatromathématique et le traitement des maladies par les pierres relèvent l'une et l'autre de la sympathie universelle, doctrine d'après laquelle le cosmos représente un tout dont les parties sont étroitement liées. Des chaînes invisibles unissent notamment les divinités célestes aux entités qui peuplent la terre (hommes, animaux, plantes, pierres) et l'étude de ces liens m'a permis d'expliquer pour la première fois la relation existant entre les astres, certains des minéraux mentionnés par le *Lapidaire* et les parties du corps humain que ces derniers sont censés pouvoir guérir. L'opale est par exemple dit "défenseur des yeux" : cette propriété repose sur un rapprochement étymologique, infondé par ailleurs, entre le nom grec de la pierre, ὀπάλλιον, et ὀφθαλμός, mais on ne doit pas exclure l'influence de l'astrologie. D'une part, le Soleil exerce en effet son patronage sur la vue dans le cadre de la mélothésie planétaire, d'autre part l'opale est donnée pour "l'amie du Soleil" dans le lapidaire dit de Socrate et Denys. Quant à la pierre sidérite, d'après l'auteur du *Lapidaire* orphique elle permet aux femmes stériles de concevoir. Le nom de la pierre, σιδηρίτης, évoque bien évidemment celui du fer, qui est la pierre de la planète Mars, patron à son tour des organes génitaux d'après la mélothésie planétaire. Ce réseau de correspondance permettrait d'expliquer par la sympathie universelle aussi bien l'action bienfaisante qu'exerce la sidérite dans le *Lapidaire* orphique, que son pouvoir érotique dans les *Dionysiaques* de Nonnos de Panopolis (32.24). Un rapport d'antipathie entre la planète et la partie du corps serait en revanche à la base des vertus abortives qu'a dans le lapidaire dit de Damigéron-Évax (16.10-15) une variété de la pierre orite, lisse comme une lame de fer.

À partir du mois de janvier 2018 les remèdes magiques aux maladies feront par ailleurs l'objet d'une chronique intitulée *Remedia morbis*, que je publierai tous les quinze jours sur *La vie des classiques*, le site internet des Belles Lettres. Adressés à un large public, ces brefs articles, accompagnés d'une anthologie de textes anciens traduits en français, porteront sur les remèdes à des problèmes esthétiques comme la calvitie, à des maladies, "psychologiques" d'après les Anciens, telles que l'infidélité des femmes, ou à des pathologies plus sérieuses comme la rage ou l'épilepsie...

Mais l'activité scientifique qui me demandera le plus d'investissement dans les années à venir sera la rédaction de mon habilitation à diriger des recherches. Ce nouveau travail d'édition, à paraître lui aussi dans la Collection des Universités de France, sera consacré cette fois-ci à un texte en prose, les *Prognostica de decubitu ex mathematica scientia*, attribué au célèbre médecin Galien de Pergame (IIe siècle de notre ère). Comme son titre l'indique, il s'agit d'un traité d'iatromathématique, dont la dernière édition date du début du XIX^{ème} siècle (édition de Kühn) et qui n'a jamais été traduit dans une langue

moderne ni commenté. Au Moyen-Âge il semble pourtant avoir connu un succès considérable comme en témoignent aussi bien une tradition manuscrite assez importante (treize manuscrits copiés entre le XIème et le XVIIème siècle) que des traductions en hébreux et en arabe : une nouvelle édition critique de ce texte semble indispensable pour pouvoir approfondir nos connaissances de l'histoire de la médecine et plus en général de l'histoire des idées...

C'est donc un terrain fertile et, peut-on l'espérer, bien riche en surprises et nouvelles découvertes que la recherche sur la médecine astrologique !

6) Communications

- **Serge BOARINI** : *L'inoculation de la petite vérole à Lyon. De la condamnation à l'acceptation.*

- **Louis-Marie TERRIER** : *Histoire de la lobotomie en France.*

- **Jacques CHEVALLIER** : *Un défi chirurgical depuis l'Antiquité : reconstruire le nez.*

- **Michel GERMAIN** : *Frédéric Chopin avait-il la mucoviscidose ?*

La prochaine séance aura lieu le samedi 13 janvier 2018, dans la salle du Conseil de l'ancienne Faculté, 12, rue de l'École de Médecine, à Paris

Jacques Monet,
Secrétaire de séance

La Correspondance de Guy Patin Épilogue d'un fait divers : l'affaire Raphaël Lévy *

*The Correspondence of Guy Patin
Epilogue of a news item : the Raphaël Lévy affair*

par Simone GILGENKRANTZ **

La Correspondance française de Guy Patin (1601-1672) - dans l'édition électronique accessible en ligne réalisée par Loïc Capron (1) - est une source inépuisable de documents sur la médecine au siècle de Louis XIV (2). Elle offre un regard critique, presque au jour le jour, sur les principaux événements survenus dans le Royaume de France. Bibliomane érudit, à l'affût de tout ce qui se publie, graphomane impénitent, désireux de plaire à ses nombreux correspondants, Guy Patin restitue, dans ses lettres, avec ses nombreuses citations, parfois en grec ou en latin, la langue de l'époque et l'esprit du Grand siècle. Cette base de données comportant des liens avec d'autres sources (plus de 43 000 entrées) rend possibles de nombreuses explorations historiques. Elle a déjà commencé à porter ses fruits : des études sur le Collège royal (3), la querelle de l'antimoine (4) ou l'enseignement de la médecine (5) viennent d'être publiées.

Mais il y a plus : elle contient aussi des faits divers, apparemment anodins, dont le souvenir se répercute à travers les siècles. Il en va ainsi d'un événement survenu en septembre 1669 et dont l'épilogue ultime, après maints rebondissements, a eu lieu en janvier 2014. Il s'agit de "l'affaire Raphaël Lévy", qui illustre la situation des Juifs dans la région mosellane au XVII^e siècle, et ce qui s'ensuivit, jusqu'à nos jours.

La lettre de Guy Patin à André Falconet (L 980) (I)

Le 11 avril 1670, dans sa lettre à André Falconet, un de ses principaux correspondants, Guy Patin l'informe, entre autres, d'un fait divers qui s'est produit trois mois auparavant dans la région messine : "Monsieur, ... Je viens d'apprendre que l'empereur veut chasser tous les Juifs de ses provinces et dominations, et que cela se verra avant la Saint-Jean. Le parlement de Metz en a fait brûler un tout vif depuis trois mois, dont les Juifs en ont fait de grandes plaintes au roi par des députés qu'ils ont tout exprès envoyés ici...".

* Séance de novembre 2017.

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

Guy Patin et les Juifs

Dans son édition critique de la *Correspondance* de Guy Patin, Loïc Capron n'a pas manqué de relever chez ce médecin proluxe ce qu'il appelle son "mépris des Juifs". Le nombre des lettres où il est question des Juifs est de 25, mais souvent, il ne s'agit que d'un événement historique ou, plus souvent encore, de la suspicion de l'origine juive d'un personnage connu. Chaque fois que Patin peut affirmer ou soupçonner l'origine juive de certains de ses confrères, il ne manque pas d'en informer son correspondant, presque toujours Charles Spon (1609-1684), médecin à Montpellier, puis à Lyon. Une fois la personne répertoriée comme juive, Guy Patin y ajoute quelques commentaires péjoratifs, ou même infamants comme dans le cas de Louis Henri d'Aquin.

Voici quelques fragments de ses lettres qui en témoignent :

À Charles Spon, le 16 novembre 1643 : L97

"...La *Démonomanie* de Bodin (1530-1593) ne vaut rien du tout : il n'y croyait point lui-même ; il ne fit ce livre qu'afin qu'on crût qu'il y croyait, d'autant que, pour quelques opinions un peu libres, il fut soupçonné d'athéisme, puis il favorisa les huguenots ; depuis, il se fit de peur bizarre de perdre son office, et enfin mourut de la peste à Laon où il était procureur du roi ; juif et non chrétien, il croyait que celui qui avait passé 60 ans ne pouvait mourir de ce mal, et lui-même en mourut l'an 1596..."

À Charles Spon, le 22 novembre 1652 : L297

"...Mlle de Chevreuse, âgée de 23 ans (c'est celle qu'avait promis d'épouser le prince de Conti tandis qu'il était en prison dans Le Havre-de-Grâce), est ici morte le quatrième jour d'une fièvre continue, *in media eruptione variolarum*, par le moyen d'une prise de vin émétique qui lui fut misérablement donnée par un misérable charlatan de cour, Juif et fils de Juif, nommé d'Aquin, qui a servi de garçon apothicaire à la feu reine mère et qui passe à la cour pour un homme qui a des secrets. Voilà de tels médecins qu'il faut en ce pays-là, *ut habeant similes labra lactucas*".

À Charles Spon, le 28 janvier 1653 : L301

"...Entre autres articles du testament de M. Vautier, cet homme, qui était fils d'un Juif, boulanger dans Arles en Provence, et que ceux de la cour n'ont jamais vu à la messe, a ordonné une somme de 12 000 francs pour être employée au bâtiment d'une chapelle dans Arles. Ladite somme a été mise entre les mains du P. Labbé, jésuite de votre ville de Lyon qui est à présent ici. Ce jésuite a été si aise d'avoir cet argent entre les mains et à sa dévotion qu'il en a fait un éloge au dit Vautier, lequel est plein de mensonges, de faussetés et de flatteries".

À Charles Spon, 28 novembre 1656 : L454

"...Enfin, le sieur de La Peyrère, gentilhomme gascon et prétendu réformé (s'il n'est pas Juif, car plusieurs l'en soupçonnent) qui a fait le livre des *Préadamites*, dans lequel il a tâché de prouver qu'Adam n'a pas été le premier homme du monde, est hors de prison du château d'Anvers".

À Hugues de Salins (1632-1710), le 24 mai 1658 : L526

"...Brudus Lusitanus était un Portugais de nation, Juif de religion. Ces marauds sont ignorants et charlatans, comme ont été le Zacutus, Varignana, Amatus Lusitanus, Rodericus à Castro *et alii nebulones qui non agnoscunt Christum* (II). *Ces autres vauriens qui ne reconnaissent pas le Christ* sont des médecins juifs ayant quitté le Portugal pour aller en Italie, en Hollande, et qui ont acquis une certaine renommée.

On peut se demander pourquoi les lettres où il est question de Juifs - ou supposés Juifs -, sont presque toutes destinées à Charles Spon, comme si celui-ci en était friand.

Pourtant, dans les réponses qu'il envoie à Guy Patin, ce médecin lyonnais, d'origine allemande et de famille huguenote (6), ne pose jamais la question d'une éventuelle origine juive pour les nombreuses personnes citées dans son courrier.

Quant au sieur de La Peyrère ("s'il n'est pas Juif car plusieurs l'en soupçonnent"), on retrouve ici cette suspicion inquiète qui s'était emparée de l'Espagne au XVI^{ème} siècle. Après avoir expulsé la majorité des Juifs et en avoir contraint d'autres à se convertir, ce pays, face à ces "nouveaux chrétiens", en est venu à une suspicion permanente et à une recherche obsessionnelle de la *limpieza de sangre*, seul moyen d'avoir la certitude que le sujet est un "vrai chrétien".

L'affaire Raphaël Lévy

Quand, dans sa lettre du 11 avril 1670, Guy Patin mentionne que "le Parlement de Metz en avait fait brûler un tout vif depuis trois mois, dont les Juifs en ont fait de grandes plaintes par des députés qu'ils ont tout exprès envoyés ici", il envoyait à son correspondant des nouvelles fraîches, puisque effectivement Raphaël Lévy avait été brûlé vif le 17 janvier 1670. Il est possible qu'à ce moment il ait déjà eu connaissance du livret d'Abraham Nicolas Amelot de La Houssaye (8) qui, rapportant les faits et les arrêts du Parlement de Metz, en fait un véritable brûlot contre les Juifs. Ce livret fut aussitôt contredit par un "Factum servant de réponse", rédigé par un prêtre oratorien, Richard Simon (1638-1712). Cet exégète érudit et orientaliste, bibliothécaire à la communauté de l'oratoire de la rue Saint-Honoré, était chargé des précieux manuscrits grecs et hébreux donnés à la Société de l'Oratoire de Jésus par le père Harley de Sancy (1581-1646) à son retour de Constantinople. Richard Simon prend clairement parti en faveur de l'innocence de Raphaël Lévy et récuse l'accusation de meurtre rituel : "Au reste les chrétiens ne devraient pas être si faciles à accuser les Juifs de Magie, sachant bien que ce sont des crimes dont on a accusé les premiers chrétiens" (9). Il est à noter que Guy Patin n'en fait pas mention dans sa correspondance.

Les Faits

Nous mentionnons ici le témoignage des parents d'après les documents du Parlement de Metz tels qu'ils sont repris dans le *Livret* d'Abraham-Nicolas Amelot de La Houssaye (8) : "Le mercredi 25 septembre 1669, environ une heure après midy la nommée Mangeote Willemin, femme de Gilles le Moine, charron du Village de Glatigny au païs messin, allait à une fontaine éloignée de deux cent pas du vilage pour y laver quelques linges, suivie de son fils qui était âgé de trois ans, qui était couvert d'un bonnet rouge, & qui avait les cheveux blonds & frizez ; ce qu'il faut observer d'abord.

Comme elle fut à vingt-cinq ou trente pas de la fontaine, ce petit enfant s'étant laissé choir, la mère se tourna pour le relever. Mais sur ce qu'il luy dit qu'il se relèverait seul, elle continua son chemin & alla laver les linges dans la pensée qu'il la suivrait tout après selon la coutume.

Environ demy quart d'heure après, cette mère ne voyant point revenir son enfant, elle courut à l'endroit où elle l'avait laissé, & ne l'ayant pas trouvé crut qu'il s'en était retourné au logis où elle alla à l'instant le demander à son mary & encore à son beau père & à la belle mère où il avait coutume d'aller, qui luy ayant tous répondu qu'ils ne l'avaient pas veu, les uns & les autres commencèrent à craindre que cet enfant ne se fust égaré & dans cette appréhension le cherchent dans le vilage, reviennent ensuite à la fontaine avec le Maire du lieu, fouillent dans les buissons qui sont auprès, appellent l'en-

fant par le nom de Didier qu'il avait reçu au Baptême, crient & se tourmentent sans le trouver...".

Le procès

Parmi les gens du village de Glatigny, il s'est trouvé plusieurs témoins affirmant avoir vu un homme à cheval portant un enfant blond sur le grand chemin allant de Glatigny à Metz. Rapidement il est établi que Raphaël Lévy est allé à Metz pour acheter une corne de bélier, un *shofar*, pour la fête de *Rosh Hashana*, le nouvel an Juif, ainsi que des barils de vin. Très vite, il est accusé, non seulement d'avoir tué l'enfant mais d'avoir commis le "meurtre rituel". Ce type d'accusation s'est poursuivi à travers les siècles.

Selon Abraham-Nicolas Amelot de la Houssaye, "... les Juifs on toujours esté portez à ces sortes de crimes. Moïse fut contraint de leur en faire une defence expresse dans l'Exode Chap. 21. *Qui furatus fuerit hominem, et vendiderit eum, convictus noxæ, morte moriatur* (III)". Cette croyance séculaire semble avoir débuté en 1144 en Angleterre, à Norfolk, après la mort du petit William assassiné à la veille de Pâques. Il s'ensuivit des pogroms dans tout le pays. Par la suite dans le reste de l'Europe, plus d'une centaine de Juifs furent accusés de ce meurtre rituel. En outre, ils étaient aussi accusés de "profanation de l'hostie" (10, 11) comme on peut le voir sur une prédelle peinte par Ucello vers 1467-1469 et initialement destinée à un retable pour l'oratoire de l'église du Corpus Domini d'Urbino (Fig. 1).



Fig. 1 : *Miracolo dell'ostia profanata*, da Paolo Ucello.

L'affaire se termine par des arrêts du Parlement de Metz : date du premier
- "Raphaël Levi Juif a été déclaré convaincu d'avoir enlevé un enfant de trois ans sur le grand chemin de Metz à Boulay le vingt-cinquième de septembre 1669. Pour réparation de quoi il a été condamné à être brûlé vif".

- Arrêt du 16 janvier 1670 : "Raphaël Levy est condamné à être brûlé vif sur le Champ-à-Seille".

La sentence est exécutée le 17 janvier 1670 à Metz, sur la grand place dite Champ de Seille (Fig. 2).

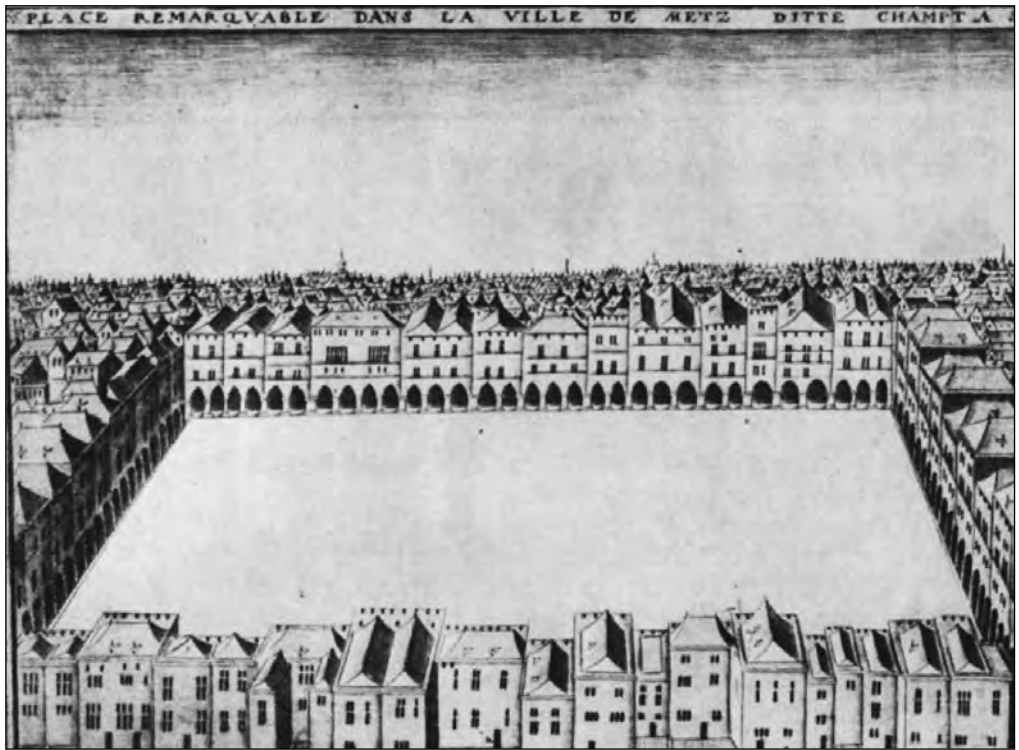


Fig. 2 : La grand place du Champ à Seille dans la ville de Metz.

Structure des pouvoirs en place

Dans son *Histoire du Parlement de Metz* (12), écrite deux siècles plus tard, Emmanuel Michel revient longuement sur cette affaire en montrant combien la culpabilité de Raphaël Lévy était incertaine. Il insiste aussi sur le fait que Raphaël Lévy - résidant sur les terres du Duché de Lorraine puisqu'il habitait à Boulay - n'était pas tenu de se présenter à la justice de Metz, ville qui faisait partie de royaume de France, et qu'ainsi il aurait pu échapper aux poursuites. Une fois saisi de l'affaire, le Parlement devait agir en relation avec les pouvoirs messins, entre autres l'échevinat, le gouverneur et surtout l'intendant, Jean-Paul de Choisy, en place depuis 1663. Malheureusement celui-ci s'était absenté de Metz afin de régler des contentieux de droits de douane à Toul et à Nancy. Cela est d'autant plus regrettable que Jean-Paul de Choisy n'ignorait pas le penchant du roi pour la "politique juive" et qu'il n'imaginait pas une minute que ce Juif fût coupable.

Les Juifs de Metz - pour qui Raphaël Lévy était un "étranger" - ont d'abord hésité car ils ne souhaitent pas prendre des risques pour leur communauté. Mais au retour du duc de Choisy, ils se sont décidés à signer une déclaration qui fut enregistrée par le Conseil d'État le 18 avril 1670. Celle-ci se termine par : "les principaux suppliants dont quelques-uns ont été emprisonnés sans qu'on leur ait voulu dire la cause de leur détention et les autres sont en fuite pour éviter pareil traitement en sorte qu'il suffit aujourd'hui à Metz d'être Juif et d'être accusé pour être condamné". La supplique était osée, mais possible en raison des bonnes relations des Juifs de Metz avec le pouvoir royal.

Les Juifs de Metz

La communauté juive messine mérite une place à part dans l'histoire des Juifs de France, car elle a réussi à obtenir des privilèges que lui ont enviés pendant longtemps les Juifs d'Alsace sur lesquels continuaient à peser les lois germaniques. En 1552, après la défaite du Saint Empire romain germanique, Metz se trouve sous l'autorité du roi de France Henri II qui affaiblit fortement le pouvoir des paraiges (IV). Vers 1567, le gouverneur François de Scépeaux de Vieilleville autorise la venue de quatre familles juives moyennant certaines conditions : une taxe de résidence, l'interdiction d'habiter dans les rues et places principales de la ville et l'obligation d'assister chaque mois à un sermon à l'église (13). Cette obligation d'assister au sermon est encore effective en 1610 où elle continue à être imposée par le cardinal de Givry. Mais quand, vers 1650, les prêches seront prodigués par le jeune Jacques-Bénigne Bossuet (1627-1704), les Juifs ne sont plus tenus d'y assister. Ainsi leur sont épargnés les propos d'une rare violence sur le "peuple déicide", propos qui contribuent néanmoins à l'édification des ouailles messines en les confortant dans le "mépris des Juifs" (14, 15).

Par une ordonnance de 1603, le duc d'Épernon, gouverneur des trois évêchés, tolère la présence de 58 ménages Juifs dans le quartier de Saint-Ferroy qui sera clos de "bornes et de fermetures", mais sans qu'on puisse parler de Ghetto comme à Venise : seule la présence de deux bornes posées dès 1517 rue Saint-Ferroy et rue de la Boucherie Saint-Georges délimite le quartier Juif.

Il apprécie l'aide que les Juifs apportent aux officiers et soldats de la garnison qui est la plus importante du royaume : "Ayant prêté beaucoup de leur moyens et facultés aux soldats de ladite garnison... fournissant outre cela les ameublements des Officiers de la compagnie ..." (15).

C'est par lettres patentes que les rois Henri IV, Louis XIII, et Louis XIV, vont confirmer les ordonnances conférant aux Juifs ces privilèges, lors des visites qu'ils effectuent dans la ville de Metz en 1603, 1632, et 1657. Quand, le 25 septembre 1657, le roi Louis XIV, âgé de 19 ans, accompagné de son frère le duc d'Anjou, se rend à Metz, il est le premier souverain à visiter une synagogue. Dans la *Correspondance* de Guy Patin, on trouve bien la mention du voyage du roi à Metz et à Nancy (L 493 et L 494) (15). Mais, à l'exception des archives juives, la visite du roi à la synagogue messine n'est signalée nulle part (Fig. 3).



Fig. 3 : *Portrait de Louis XIV en armure, 1665, par Louis Ferdinand Elle, Metz, musée des Beaux Arts.*

Épilogue à rebonds

Désormais, tandis que le village de Glatigny est déclaré *Gessaert* (V) pour les Juifs, tandis que ceux-ci ont fait de Rapahël Lévy un martyr dont ils commémoreront chaque année la mémoire jusqu'à la Révolution, Gilles Le Moyne et Mangeotte Willemin, les parents du petit Didier, ainsi que leurs descendants continueront à croire à la culpabilité de Raphaël Lévy.

Peu à peu le souvenir de ce procès s'estompe. Il resurgit en 1894, quand éclate l'affaire Dreyfus, sous la plume haineuse d'Édouard Drumont. Cet antisémite notoire vient d'écrire *La France juive* (1886) et créé un journal *La Libre Parole* (avec en sous-titre : "la France aux Français"). L'idée même d'un crime rituel, reprise par Drumont à la fin du XIXème siècle, ne pouvait tenir que de la mauvaise foi. Ceci incita Joseph Reinach (frère des plus célèbres Salomon et Théodore), journaliste et homme politique français, à publier, outre ses nombreux articles sur l'affaire Dreyfus, un ouvrage très documenté sur Raphaël Lévy (16).

Pourtant l'utilisation de cette malheureuse affaire retentira encore en 1914 sous la plumes des fidèles de Drumont (17), puis en 1923 dans la revue *La Vieille France* : "... Ce rabbin de cinquante six ans aux cheveux noirs et crépus, à la grande barbe noire, aux yeux de vautour. Il était bien certainement un des agents du Kahal (VI) qui font commerce de sang chrétien comme cela a été démontré à Damas ..." (18).

Avec le temps, après les deux guerres mondiales, on pouvait imaginer que plus personne ne se souviendrait de ce drame. C'est alors qu'une descendante de la famille Lemoine, après avoir revu soigneusement le dossier aux archives de Metz, en arrive à l'intime conviction de l'innocence de Raphael Lévy. Bernadette Lemoine, neuvième génération de la famille du petit Didier, décide alors de laisser un texte en témoignage. Elle écrit : "première de ma lignée à reconnaître l'innocence ...". En février 2001, elle rencontre des responsables locaux et en particulier Pierre Birnbaum, auteur de nombreux ouvrages sur l'histoire des Juifs en France. Cet historien et sociologue français s'intéresse alors à "l'Affaire" et publie en 2008 un livre si documenté qu'il est devenu l'ouvrage de référence (11).

Peut-être son livre a-t-il influencé la décision du conseil municipal de Metz qui décide, en 2009, de substituer le nom de Cavaignac (VII) pour une rue de la ville (19) (Fig. 4). Enfin, en 2014, au petit village de Glatigny en présence du préfet, des membres du consistoire israélite de Moselle, et des habitants du pays, une fontaine-



Fig. 4 : Remplacement à Metz du nom de la rue Cavaignac par celui de Raphaël Lévy en 2009.

lavoir portant le nom de Raphaël Lévy est inaugurée par le maire qui dévoile une plaque (Fig. 5) à la mémoire de ce martyr Juif innocent d'un crime commis en 1669 (20).

Et c'est ainsi qu'à partir de quelques mots désinvoltes de Guy Patin, nous avons retracé l'histoire d'une erreur judiciaire qui a mis plus de trois siècles pour trouver enfin son épilogue.

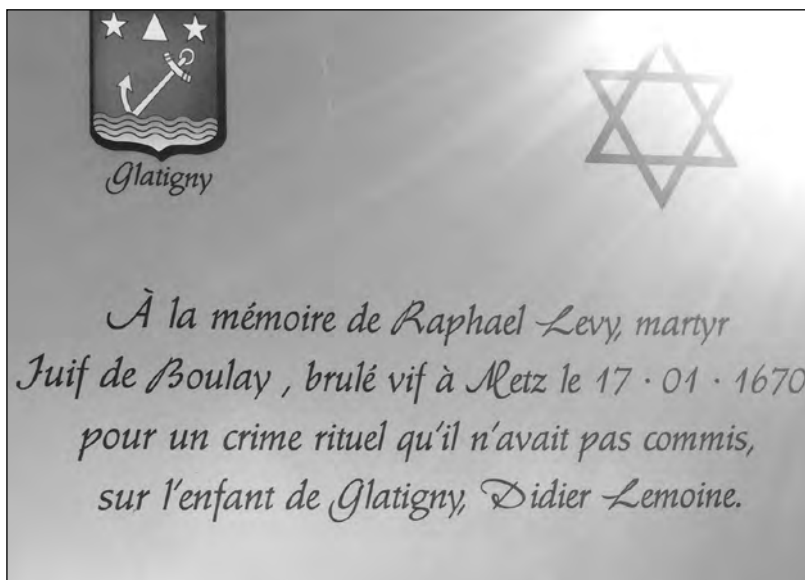


Fig. 5 : Plaque commémorative à la mémoire de Raphaël Lévy, posée près de la fontaine-lavoir à Glatigny (Moselle) en 2014.

NOTES

- (I) Pour chaque lettre mentionnée, le numéro de référence renvoie à la *Correspondance française de Guy Patin* (1).
- (II) Tous médecins d'origine portugaise et émigrés dans divers pays d'Europe.
- (III) Traduction : *Celui qui dérobera un homme, et le vendra, convaincu de la culpabilité, sera mis à mort.*
- (IV) Familles de patriciens qui avaient au sein de la ville de Metz le monopole des fonctions publiques dirigeantes.
- (V) *Gessaert* signifie maudit dans le dialecte platt (ou francisque lorrain) de telle sorte qu'aucun Juif ne doit plus y séjourner ni y passer la nuit.
- (VI) Cours suprême juive ou *sanhédrin*, utilisé par les conspirationnistes antisémites en même temps que les Protocoles des sages de Sion.
- (VII) En 2009, ce général dont on effaçait le nom ayant fait donner la troupe contre les ouvriers révoltés en 1848 n'avait pas bonne presse aux yeux de la municipalité avec un maire de gauche.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) <http://www.biusante.parisdescartes.fr/patin/>
- (2) CAPRON L. - Pourquoi publier en accès libre sur internet une contribution majeure à l'histoire de la médecine au XVIIème siècle ?
- (3) VONS J. - "Guy Patin : une exception parmi les médecins du Collège royal au XVIIème siècle", *Histoire des sciences médicales*, 50, 2016, 443- 453.
- (4) ALBOU P. - "Guy Patin et son martyrologe de l'antimoine". *Histoire des sciences médicales*, 50, 2016, 455-466.
- (5) KOZLUK M. - "Le régime de Guy Patin : de l'enseignement à la polémique" *Histoire des sciences médicales*, 50, 2016, 465-476.

- (6) *Correspondance française de Guy Patin*, éditée par Loïc CAPRON. - Paris : Bibliothèque inter-universitaire de santé, 2015. – Fiche biographique. Spon, Charles.
- (7) de LA HOUSSAYE, A N Amelot. *Abrégé du procès fait aux Juifs de Metz, avec trois arrêts du Parlement qui les déclarent convaincus de plusieurs crimes, et particulièrement Raphaël Levi d'avoir enlevé sur le grand chemin de Metz à Boulay, un enfant chrétien âgé de trois ans : pour réparation de quoi il a été brûlé vif le 17 janvier 1670* (Paris, Frédéric Léonard, 1670, in-8^o).
- (8) SIMON R. - *Factum servant de réponse au livre intitulé Abrégé du procès fait aux Juifs de Metz*. 1670. Paris (accessible sur <http://fr.wikisource.org>).
- (9) https://fr.wikisource.org/wiki/Factum_servant_de_r%C3%A9ponse_au_livre_intitul%C3%A9_Abr%C3%A9g%C3%A9_du_proc%C3%A8s_fait_aux_Juifs_de_Metz#cite_note-2.
- (10) POLIAKOV L. - *Histoire de l'antisémitisme*, tome I, Paris, Calmann-Lévy, p. 72-80. année
- (11) BIRNBAUM P. - *Un récit de meurtre rituel au Grand Siècle : l'affaire Raphaël Lévy, Metz 1669*, Fayard, Paris, 2008, 235p.
- (12) MICHEL E. - *Histoire du parlement de Metz*, Techener edit in-8^o, 1845, Paris, 548 p.
- (13) SIMIZ S. - *Prédications et prédicateurs en ville XVIème-XVIIIème siècles*, Presse univ du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2015, 354 p.
- (14) LANG JB - Nauroy. ??? “Bossuet à Metz (1652-1659): les années de formation et leurs prolongements”, *Actes du colloque international de Metz (21-22 mai 2004) / [organisé par l'Académie nationale de Metz et le Centre de recherche “Michel Baude-Littérature et spiritualité”]* édité par Anne-Élisabeth Spica. 1 vol. (XVII-350 p.) P. Lang édit . Bern 2005 (Page 191-228).
- (15) <http://judaisme.sdv.fr/synagog/moselle/expo/jfmetz.htm>
- (16) REINACH J. - *Une erreur judiciaire sous Louis XIV : Raphael Lévy*, édition de 1898 numérisée par la BNF, présente sur Gallica.
- (17) MONNIOT A. - *Le crime rituel chez les Juifs*, Paris, Pierre Tequi, 1914, 376 p.
- (18) DRAULT J. - “Pourquoi fut brûlé le rabbin Raphaël Levy”, *La Vieille France*, 1923, n° 332, p. 29.
- (19) LANG Jean-Bernard - “La seconde vie de Raphaël Lévy”, *Mémoires de l'Académie Nationale de Metz*, 2013, Tome XXVI, 109-116.
- (20) <http://france3-regions.francetvinfo.fr/grand-est/2014/01/20/344-ans-apres-glatigny-rend-hommage-raphael-levy-398711.html>.

RÉSUMÉ

À partir de la *Correspondance de Guy Patin*, médecin, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, l'histoire d'un fait divers, celle de la condamnation d'un Juif qui fut brûlé vif à Metz en 1670, est analysée jusqu'à son épilogue ultime en 2014 qui scelle désormais la reconnaissance de son innocence.

SUMMARY

From the *correspondence of Guy Patin*, physician and dean of the Faculty of Medicine of Paris, the story of a news item, the conviction of a Jew burned at Metz in 1670, is analyzed to its ultimate conclusion in 2014 that now seals the recognition of his innocence.

Modernisation de la médecine en Égypte au XIX^{ème} siècle *

*About the modernisation of Egyptian medicine
during the 19th century*

par Bardia SABET AZAD **

L'état de la médecine au XIX^{ème} siècle

On dispose de nombreux témoignages de médecins, en mission durant la première moitié du XIX^{ème} siècle en Égypte. Le docteur Desgenettes, médecin en chef de l'Armée d'Orient, note que l'Égypte, "le berceau de la médecine comme celui du reste des connaissances humaines", avait introduit à la fin du XVIII^{ème} siècle, "une foule de médicaments dont le luxe est encore plus dangereux qu'il n'est vain". Le docteur Antoine Barthélémy Clot (Clot bey), directeur de la Nouvelle École de médecine en Égypte, écrit qu'à son arrivée en 1825, "le service de santé n'offrait guère qu'un simulacre d'organisation". Le docteur Renati, topographe du vieux Caire, décrit la médecine en Égypte comme "un empirisme aveugle et brutal, confié à des barbiers ignorants et présomptueux", il qualifie de "bâtards" les médecins qui n'ont retenu de la science d'Avicenne, de Rhazès, d'Aly-A'bbas (al-Majussi) que "quelques opérations chirurgicales, telles que des saignées locales, dont ils abusent souvent". Le docteur Ceresole, estime que la médecine à Syouth n'est qu'"un empirisme brut et sans raisonnement" et est composée "d'une suite d'observations peu exactes et sans aucune liaison entre elles". Il rapporte que les vieilles femmes y "distribuent des amulettes et des talismans pour tous les maux, et surtout pour écarter la magie et les magiciens".

Sur la situation hospitalière en Égypte, on dispose du rapport du docteur Desgenettes sur le *Môristan* (hôpital) al-Mansour du Caire, restauré par Malec el-Mansour Kalaoun (Qala'un) en 1284. Desgenettes y rencontre "quarante et une personnes dont quatorze insensés" et des femmes enchaînées qui, à la différence des hommes, n'étaient pas "attachées aux murs de leurs loges". Il ajoute que, par manque de soins, les malades y "attendent avec résignation les arrêts du destin". Clot bey considère cet hôpital comme "un cloaque immonde".

À la lecture de ces rapports, on aurait tendance à suspecter les médecins occidentaux de partialité envers les médecins autochtones ou à soupçonner une méconnaissance, voire

* Séance de Novembre 2017.

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

du mépris, à l'égard de la médecine classique (humorale). L'étude des écrits des médecins d'Égypte lève le voile sur les savoirs et les principes thérapeutiques en vigueur dans ce pays. Parmi lesquels figure Chihab eddin Ahmed el Kaliouby (né à Aliouby près du Caire, mort en 1659). Il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur le droit, la théologie, la philosophie et la médecine. Le docteur B. R. Sanguinetti a traduit son livre intitulé *kitab el Massabil (Le Livre des flambeaux resplendissants)*, il le considère comme "un des principaux savants universellement estimé et apprécié", "un médecin expérimenté et habile". Que dit Kaliouby ?

Sur la théorie de la médecine, Kaliouby écrit : "Sachez que toutes les maladies sont le produit d'une altération du tempérament, suite à la corruption de quelque une des quatre humeurs fondamentales. Les causes de cette corruption se trouvent dans le mélange des aliments et des boissons, dans l'atmosphère, les lieux, les professions, les saisons, le sommeil, la veille, dans le mouvement et le repos, aussi bien dans le corps que dans l'esprit, dans ce qu'on retient et dans ce qu'on rejette". Kaliouby répète là, mot pour mot, des propos d'Avicenne qui figurent dans *Les Canons de la médecine*.

Sur la sémiologie des maladies, Kaliouby écrit : "On reconnaît les affections (maladies) par les symptômes, par l'inspection du pouls et des urines". Cinq siècles auparavant, Avicenne précise que les affections ont des signes externes et internes, "pour connaître les signes externes, il faut observer la langue, les yeux, les cheveux, la peau, les selles, les ongles, les mouvements, la toux, la fièvre, l'appétit, le poids et écouter le bruit du ventre, de la toux, sentir les odeurs. Quant aux signes internes de l'affection, comme la douleur et l'inflammation, ils nécessitent la connaissance préalable de l'anatomie". Ces examens sont absents du livre Kaliouby. Sur le diagnostic par le pouls, Kaliouby écrit : "si le pouls est grand et accéléré, c'est le signe de prédominance de l'humeur sanguine, la place du sang est dans le foie et son origine est dans le soleil (le feu) ; le pouls petit et accéléré indique la prédominance de la bile, sa place est dans la vésicule biliaire et son origine est dans le vent (l'air) ; le pouls petit et lent est le signe de l'atrabile, sa place est dans la rate, son origine est dans la terre ; le pouls grand et lent, c'est un indice de la pituite ou du flegme, sa place est dans le poumon, son origine est l'eau ; le pouls très petit et très accéléré indique l'épuisement des humeurs et l'imminence de la mort". Les caractéristiques des pouls, répertoriés par Avicenne, sont : la dimension (long/court, large/étroit, profond/saillant), la réaction à la pression du doigt (ouverture/fermeture), la vitesse (rapide/lent), la force (au début et à la fin), la consistance, la température au toucher, la durée d'intervalle, l'harmonie, la fréquence. Ensuite, Avicenne fait une synthèse des différents caractères du pouls en les dénommant : pouls de biche, pouls sous forme de vague, pouls de vers, pouls de fourmis, pouls en dent de scie, pouls de queue de souris, pouls d'aiguille des sacs, pouls à deux battements, pouls à intervalle, pouls renforcé, pouls tremblant, pouls torsadé, pouls troublé. Il écrit que la force vitale qui se trouve dans le cœur est à l'origine des pouls et que les causes de variation des pouls sont soit les maladies propres du cœur soit les maladies des organes qui avoisinent le cœur. Quant à l'analyse de l'urine, Kaliouby se base uniquement sur la couleur et la consistance de l'urine, alors qu'Avicenne prend en compte la manière de recueillir l'urine, la couleur, la consistance, la transparence, les sédiments, l'odeur, la mousse, la quantité. Il fait presque les mêmes considérations pour l'analyse des selles, propos totalement absent du livre de Kaliouby. Quelques traitements humoraux figurent aussi dans le livre de Kaliouby ; en revanche, les notions d'anatomie et de chirurgie sont absentes de son livre.

Sur les causes des maladies, Kaliouby ajoute : “Nulle altération ne peut survenir que par la volonté du Savant et Très Saint”. Cette phrase n’est pas un simple honneur à la divinité, c’est une approche particulière des sciences, développée par al-Ghazali au XIème siècle et contraire à la rationalité de Galien et d’Avicenne (voir plus loin). Kaliouby rapporte aussi des procédés mystiques : “pour avoir l’insomnie, il faut respirer du camphre, suspendre au-dessus de la tête du duvet, la tête ou le cœur d’une chauve-souris, des plumes ou un œil d’un hibou, placer des poils de loup derrière l’oreille. À l’opposé, si on place sous le traversin de l’homme qui dort, une molaire de cadavre, ou une aile de huppe, il ne se réveillera pas jusqu’à ce que ces objets aient été enlevés”. Il prescrit également pour toutes les affections des yeux, d’employer une solution faite “de cheveux d’homme ou de nouveau-né, au moyen d’un stilet d’or, deux fois par mois, le fiel de la vache noire, pendant 24 jours, la langue pilée d’une gazelle pendant 5 jours”.

Du XVIème siècle, on rapporte aussi le nom de Dawud al-Antaki (1543-1597) qui a vécu au Caire. Il est médecin et pharmacien, il semble qu’il soit devenu aveugle à l’âge de sept ans ; par euphémisme on l’appelle *el Basir* (le voyant). D’après Leclerc, il est le plus éminent médecin en Orient depuis le XIIIème siècle et avec lui l’ère de la médecine arabe est définitivement close. Son livre *Tadkhira aoulinel albab* (Mémoires de l’homme intelligent) se rencontre presque dans toutes les bibliothèques d’Orient et est très estimé. C’est un simple dictionnaire de drogues et une compilation imparfaite du livre *Djami el-Moufradat* (Traité des simples) d’Ebn Beïtâr (1197-1248), le grand botaniste et pharmacien du monde arabe qui vivait quatre siècles avant lui. Pour rédiger son livre, ce dernier se réfère à quelques 150 auteurs dont une vingtaine grecs (Dioscoride, Galien, etc.) auxquels il ajoute ses propres observations qu’il a faites dans les campagnes de Béjaïa, Sétif, Constantine, Tunis, Barca, du Caire et en Syrie.

Ces démarches sont absentes du livre d’al-Antaki ; en revanche, ce dernier mentionne le traitement de certaines maladies par l’astrologie et des formules magiques, il établit un tableau de concordance entre les signes du zodiaque, leur tempérament, les parties du corps et des lettres pour expliquer les causes des maladies et leurs remèdes. Il propose des tableaux, avec des chiffres et des lettres qui, portés sous forme de médaillon, peuvent atténuer les symptômes de la variole, ou dissoutes dans de l’eau et avalées, font disparaître les douleurs urinaires. Ces procédés, utilisés par les guérisseurs et magiciens (*saher*), ne font pas partie de la médecine classique. Avicenne réfute tout amalgame entre l’astrologie et la médecine, il qualifie l’astrologie comme une “vulgaire magie”, dépourvue de fondement sérieux et la compare aux “diverses espèces de divination pratiquées par les femmes au moyen de points tracés dans le sable”.

Ces exemples montrent qu’à l’aube de l’introduction de la médecine moderne en Égypte, il n’y a ni évolution, ni nouveauté dans les théories et pratiques de la médecine classique ; en revanche, on constate une perte importante des savoirs anciens, une banalisation de la médecine et une dérive vers les procédés mystiques. Avec un passé assez riche en médecine, en pharmacie et en pratique hospitalière, pourquoi la médecine classique a-t-elle perdu son élan en Égypte ?

Déclin de la médecine en Orient

Le sort de la médecine en Égypte n’est pas distinct de l’évolution et du déclin de la médecine savante sous l’empire islamique. Le docteur Lucien Leclerc (1816-1893), historien de la médecine arabe, estime que jusqu’au XIIIème siècle, la médecine arabe est prospère et pense que la science aurait continué de fleurir en Orient si l’invasion de

Tamerlan n'était pas venue continuer l'œuvre de Gengis Khan. Leclerc fait référence à la mise à sac de Bagdad, capitale des Abbassides, par Mangu (Möngke) Khan, en 1258, et à la destruction des bibliothèques, des institutions hospitalières et à la baisse du nombre des illustres médecins.

L'invasion des Mongols a provoqué le démantèlement de l'empire, le repli sur soi, le déferlement du mysticisme et l'exode des savants ; toutefois, elle n'a pas été la seule cause du déclin de la médecine en Orient, lequel a commencé bien avant cette date. En fait, si on attribue le développement des arts et des sciences, durant la période dénommée "l'âge d'or" de l'empire, à l'ouverture d'esprit, à la politique de rassemblement de certains califes, à leur tolérance envers les autres cultures, à l'instauration d'une communauté de langue et d'écriture, au regroupement des moyens, à la campagne de traduction, à la protection des savants et à la facilité des contacts sur le vaste territoire de l'empire durant cette époque, il est alors logique de considérer le fanatisme, l'intolérance et les dissensions comme les causes de l'arrêt du développement des sciences. On dit que Jafar al-Mutawakkil (847-861), le calife Abasside, est parmi les califes qui ont favorisé la montée du fondamentalisme en soutenant les *ulémas* (théologiens) intégristes contre les chrétiens, les chiites et les juifs, et qu'il a mis un terme à la doctrine officielle des mutazilites (7), à la Maison de la sagesse qui accueillait en son sein les savants et les penseurs de toutes les croyances, et à la campagne de traduction des livres, qui avait été mise en place depuis le calife Al-Mansûr. Il semble que pendant son règne, les philosophes, les poètes et les savants ont été assimilés aux incrédules, aux athées et ont été qualifiés de manichéens, d'hérétiques et de *zanâdiq* (8). Les sources dont on dispose de cette époque sont insuffisantes et trop partiales en revanche, on possède plus de renseignements concernant le XIème siècle et la période de Nizam al-Mulk, le vizir des sultans seldjoukides. On sait que Nizam al-Mulk est le fondateur de l'école théologique, dénommée *madrassa*, destinée à former une élite parmi les *ulémas* (9). On dispose aussi des écrits d'Al-Ghazali, "juriste de cour" qui a été nommé professeur à la *madrassa* Nizamiya de Bagdad, puis à la *madrassa* de Nizamiya de Naysabour, où il enseignait le *fiqh* (la jurisprudence islamique) et le *tafsir* (l'exégèse). Al-Ghazali est considéré comme le grand penseur de l'islam ; sa théorie sur la science et ses méthodes éducatives ont été appliquées, pendant des siècles, dans les *madrassas* et ont formé l'éthique et la politique de nombreux califes. Que dit Al-Ghazali ?

Dans son ouvrage *Tahafut al-Falasifa (L'Incohérence des philosophes)*, Al-Ghazali écrit que le Dieu n'est pas seulement le créateur de l'univers et de ses lois, il est aussi la cause de tout événement qui y survient, insignifiant ou important, passé, présent ou à venir. Ghazali réfute toute "causalité naturelle" et soutient que les choses inanimées ne produisent pas l'acte. Il donne l'exemple du feu qui ne peut produire l'acte de brûler tout seul parce qu'il est dépourvu de vie ; tous les actes émanent du Dieu, que ce soit par l'intermédiaire des anges ou sans intermédiaire. Il écrit que Dieu est le Seigneur des seigneurs et le "causeur des causes". Il critique ouvertement la pensée d'Aristote, de Galien et d'Avicenne, et défend l'idée que les seules vraies sciences sont la "science religieuse" et les lois révélées, il considère la médecine, l'arithmétique, etc., comme des simples *sina't* (techniques). La doctrine de Ghazali devient la tendance dominante dans l'empire jusqu'à la fin du XIXème siècle (1878), où Mohamed Al-Anbabi, le cheikh de l'université Al-Azhar, extrait les sciences naturelles de l'analyse d'al-Ghazali et annonce qu'elles ne sont pas en contradiction avec la religion, ce qui rend leur enseignement licite.

Les entraves au développement de l'anatomie et de la chirurgie

Confrontées aux attaques virulentes, en particulier depuis le XIème siècle, les sciences naturelles sont non seulement dépréciées mais soumises aux contraintes éthiques qui en résultent. Ainsi, le contact avec le cadavre, le sang et l'*awrât* (organe de pudeur) (1), que le Livre et les *hadiths* (2) considèrent comme impurs et pour lesquels ils exigent simplement discrétion et ablution (3), font l'objet de nouvelles interprétations des écoles sunnites (hanafite, malikite, chaféite, hanbalisme) et chiites et se traduisent par davantage de pression sur l'exercice de la médecine. Le zèle éthique, qui en résulte, freine les études sur la médecine féminine, la gynécologie, la chirurgie des voies urinaires et la chirurgie en général qui exige le contact avec le corps et le sang. La chirurgie considérée comme une "basse besogne" est délaissée peu à peu aux coiffeurs-barbiers, ainsi que l'acte de la saignée. Plusieurs raisons expliquent la reprise de ce secteur de la médecine par les coiffeurs :

- sur le plan symbolique, la saignée, la circoncision, l'évidement des abcès, l'arrachage d'une dent cariée sont synonymes du rejet de la matière sale, impure et similaire aux autres détritres, comme les cheveux, les barbes et les ongles dont ce corps de métier s'occupe habituellement ;

- la pratique de la saignée exige une certaine dextérité pour manipuler la lame et la lancette (le bistouri) et les coiffeurs ne craignent pas les saignements ni les plaies qu'ils occasionnent lors de la coiffure ;

- la pratique de la saignée et les petites chirurgies sont des mannes supplémentaires de revenu.

L'étude des textes médicaux montre qu'au premier temps de l'empire islamique, où le zèle éthique n'était pas intense, de nombreux médecins ont écrit, avec une certaine liberté, sur les organes sexuels, sur la procréation et sur leur savoir en chirurgie. À titre d'exemple, Rhazès (865-925), rédigea un *Traité sur les calculs des reins et de la vessie*. Abulcassis (940-1013) décrit le "traitement de la tumeur inflammatoire de l'utérus par un instrument tranchant". Sur la pratique de la saignée et le contact avec le sang, le livre d'Abulcassis montre que cette pratique n'était pas dédaignée et faisait encore partie de l'exercice des médecins, il décrit aussi l'incision et la ligature de l'artère temporale avec du fil de soie ou une corde d'instrument de musique.

Un autre frein à la sauvegarde et la transmission des connaissances en anatomie réside dans l'absence de représentation anatomique, en raison de prohibition de l'iconographie par les théologiens alors qu'il n'y aucune mention à ce sujet dans le Coran qui interdit seulement la fabrique des statues qui représentent l'idolâtrie et l'imitation du Créateur (4). Muslim rapporte un *hadith* où le prophète aurait dit : "l'ange *Djibril* (Gabriel) n'entre pas dans une maison où il y a un chien ni dans celle où il y a des images". (5) Al-Ghazali en fait un dogme et condamne catégoriquement l'usage de la peinture et du dessin dans les *madrassas*.

À ce jour, on ne connaît pas de traité illustré d'anatomie propre à l'Égypte. Les premiers livres d'anatomie moderne y ont été publiés à partir de 1833, grâce aux efforts du docteur Clot bey et de l'imprimerie Boulag. Parmi ceux-ci figurent le livre *Techryhi Becheri* (Anatomie du corps humain, 1833), le livre *Riçalet fi ilm el-djerâhat el-Becheri* (Traité de chirurgie, 1835) et le livre *El-Techrih el-Am* (Traité d'anatomie générale, 1838). Tous ces livres ont été traduits à partir de livres français. Alors comment les nouvelles connaissances sont-elles introduites en Égypte ?

Le tournant du XIX^{ème} siècle et l'appel aux savoirs des Occidentaux

En 1824, Tourneau, agent de renseignement du consul de France à Rosette et homme de confiance de Muahammad Ali, se rend à Marseille pour recruter des officiers-instructeurs et des médecins pour la nouvelle armée d'Égypte (note Felix Mengin, *Histoire de l'Égypte sous le gouvernement de Muhammad Ali*, Éd. Arthus Bertrand, Paris, 1823, tome 1, p. 295). Tourneau engage Antoine Barthélémy Clot, pour une durée de 5 ans, au poste de chirurgien en chef de l'armée avec le grade de colonel (*mirâlâi*), il est promu général (*mirlioua*) après la peste de 1835. En 1827, le Dr Clot fonde l'École de médecine et l'hôpital d'Abouzabel (Abu Za'bal), attachés au camp d'instruction militaire de Kanka, en banlieue du Caire, et une école de pharmacie destinée à former des pharmaciens militaires. En 1832, il crée une école d'accouchement (sages-femmes ou *hakimas*), agrandie en 1837 par l'adjonction d'un hôpital pour les femmes et une maternité. En 1832, le Dr Clot devient le président du Conseil de santé d'Égypte. Il organise la lutte contre les fléaux qui déciment l'Égypte et pour cela, il fait appel aux métiers qui lui sont familiers, par son parcours professionnel, c'est-à-dire les barbiers, dont le nombre est estimé à trois miles à la fin de XVIII^{ème} siècle, et les sages-femmes, auxquelles il a consacré sa thèse. Il fait imprimer un livre intitulé "Traité de la médecine populaire" pour initier les barbiers et les sages-femmes aux principes de l'anatomie et de pathologie modernes (6). Clot réglemente le métier et exige que tous les barbiers, âgés de moins de 40 ans, apprennent à lire et écrire et fassent trois mois de formation obligatoire à l'École de médecine aux frais du gouvernement, à la suite de laquelle chacun recevait une trousse de chirurgie et un certificat lui donnant le droit d'exercer. Si Clot trouve parmi les barbiers des interlocuteurs enthousiastes, ce n'est pas le cas des médecins autochtones (les *hakims*). Clot estime qu'en Égypte, "la noble science de la médecine" est devenue "le domaine de quelques individus qui exploitent à leur gré la crédulité du peuple, dont ils possèdent toute la confiance", il considère l'Égypte comme "un pays peu avancé en civilisation" et les Égyptiens comme "un peuple dont la civilisation commence à peine".

Le programme que Clot a établi pour moderniser la médecine en Égypte ne se fonde pas sur les connaissances préexistantes, il est conçu et réalisé à l'écart de toutes les représentations de la médecine classique à savoir : il est dispensé dans une langue étrangère, principalement le français, les références occidentales sont les seules bases pour la formation des nouveaux médecins et, parmi la diversité des théories professées, Clot a choisi "la doctrine de l'École de Paris et les ouvrages des professeurs de cette faculté comme base de l'enseignement". Clot se plaint de la difficulté "de trouver des hommes capables de traduire des traités de médecine française en arabe". Son équipe est composé de Gaëtani, médecin espagnol, Duvigneau, de la Faculté de Paris, MM. Ceesia et Figari d'Italie, MM. Bernard et Barthélémy, MM. Pruner et Fischer d'origine bavaroise, M. Perron, chimiste à l'École de Paris ainsi que Pachtod et Seisson ; aucun médecin égyptien ne figure ni parmi les enseignants, ni parmi les élèves de l'école, il réserve l'enseignement de la médecine anatomo-pathologique à de jeunes Égyptiens, "âgés de dix à quatorze ans et sachant lire et écrire l'arabe".

Quant à l'école d'accouchement, l'enseignement y est aussi effectué en totale rupture et en concurrence avec le réseau traditionnel des *dayas* (matrones) à tel point que pour contourner la difficulté de recrutement des élèves, Clot achète au marché des esclaves dix Noires de Sennar et dix Abyssiniennes et fait venir Mlle Leweillion, sage-femme de la maternité de Paris, pour les former.

L'introduction de l'anatomie-pathologie au forceps

D'après Xavier Bichat, un des pionniers de la médecine anatomo-pathologique, les médecins se distinguent en deux classes : "ceux qui ont seulement observé, et ceux qui, à l'observation, ont joint l'autopsie cadavérique". Cette considération n'est pas étrangère à Abulcasis (940-1013), un des grands chirurgiens du monde musulman, qui écrit au Xème siècle: "celui qui veut l'exercer la médecine doit préalablement étudier l'anatomie, telle que l'a décrite Galien, afin de connaître le rôle des organes, leurs formes, leurs tempéraments, leurs rapports et leurs divisions ; connaître les os, les tendons et les muscles, leur nombre et leur trajet, les veines et les artères, ainsi que les régions qu'elles parcourent". On trouve des propos similaires chez Avicenne (980-1037), lorsqu'il écrit : "le médecin doit connaître les organes et leurs rôle à l'aide de la dissection, de l'étude, de la recherche et de l'observation" et chez Ibn Nafis (1210-1288), né à Damas et mort au Caire, qui a décrit la circulation pulmonaire. Ne disposant pas du droit à l'autopsie, les précisions anatomiques chez ces auteurs ne proviennent pas seulement des expériences sur les animaux, elles supposent des autopsies de cadavres tolérées ou effectuées en cachette. Comme tous les médecins français qui se trouvaient en Égypte, Clot connaît l'histoire de la médecine et les travaux de ces médecins en terre musulmane, mais on ne dispose d'aucun rapport qui prouve son souhait de rétablir des liens avec les connaissances du passé en vue de les développer, de les corriger ou du moins de rétablir une continuité historique et un dialogue avec les médecins égyptiens.

Un autre obstacle au transfert des nouveaux savoirs, c'est l'éthique en vigueur qui entrave, comme dans le passé, le développement des sciences naturelles dans ce pays. Clot rapporte que les autorités ont constamment refusé sa demande de pratiquer la dissection jusqu'au jour où il obtint un consentement secret de la part des *ulémas*, "sous la condition d'en user avec réserve". En 1829, après avoir subi une sévère agression de la part d'un élève, il décide de pratiquer une autopsie, à l'insu du public et dans un amphithéâtre entouré de gardes qui, d'après lui, auraient été les premiers à l'assaillir s'ils s'étaient doutés de ce dont il s'agissait.

L'anatomie-pathologie comme mode de pensée

Issue du "siècle des lumières", l'anatomie-pathologie représente un mode de pensée qui privilégie le rationalisme scientifique et l'expérimentation.

En Égypte du XIXème siècle, la plupart des élèves inscrits en école de médecine venaient des *mekteb* et des *madressas* où l'enseignement poursuivait les objectifs et la méthode théologiques, préconisés par al-Ghazali au XIème siècle. Cette méthode consiste en l'apprentissage par cœur et la restitution à l'identique aussi bien pour les textes sacrés que pour les poésies, la littérature, l'histoire, etc. Le mode de raisonnement dans ce système d'éducation est fondé sur l'analogie selon laquelle, les intuitions, les signes, les symboles et les similitudes suffisent pour "démontrer" le bien-fondé des choses. Autrement dit, selon cette approche, les affirmations successives et les compilations se substituent à la méthode analytique et au doute qui caractérisent le raisonnement scientifique.

À l'école de médecine, Clot envisage de former des officiers de santé qui seront "placés dans les grades de sous-aides et d'aides, sous la direction des médecins européens". Clot a prévu une durée d'étude de six ans dont deux années préparatoires et quatre années d'enseignement de la médecine comportant l'anatomie générale, la pathologie générale, les opérations, les bandages, la pathologie ophtalmologique, les maladies

de la peau, la syphilis, l'hygiène, la médecine légale et les accouchements. Il écrit avec regret que les deux premières promotions (moins de 200 élèves) ont à peine fini leur cinquième année, que l'armée les a réclamées pour le service de ses hôpitaux et les quatre promotions suivantes (environ 150 élèves par série) n'ont suivi que les deux premières années. En 1832, Clot accompagne 12 de ses meilleures élèves pour suivre le cours de la faculté de médecine, il prévoit d'envoyer chaque année, les deux élèves les plus distingués à Paris et de les intégrer à leur retour, comme professeur à l'École.

Certains auteurs ont émis des doutes sur le niveau des élèves de cette première école de médecine en Égypte. En 1838, Baptistin Poujoulat (1809-1864), historien et orientaliste français, mandaté par Moukhtar-bey, ministre de l'instruction publique, a établi un rapport sur les écoles en Égypte. Il doute de la capacité des élèves à "comprendre parfaitement une science exacte". Le journal turc de *Samyrne*, daté du 17 novembre 1838, critique le niveau de formation des élèves à l'école d'Abouzabel : "l'école d'Abouzabel ne peut créer que des infirmiers (...), les plus habiles sont tout au plus capables de faire quelques pansements et d'exécuter quelques bien minces opérations de très petite chirurgie". Clot bey réplique : "beaucoup d'entre eux ont fait des opérations importantes, telles que la réduction des luxations, des fractures, la taille, la cataracte, etc., et ils ont traité avec succès les maladies les plus difficiles". La réponse de Clot bey confirme les limites des connaissances des élèves en Égypte à cette époque. Le manque de connaissances basiques des élèves, leur méthode de travail et le programme "allégé" de l'école de médecine, au début du XIX^{ème} siècle, ne permettent pas d'envisager une approche scientifique des savoirs modernes mais plutôt un apprentissage par imitation, une compilation des savoirs et une réduction de la science en une médecine appliquée (*tibb-i ameli*).

Statut honorifique des nouveaux médecins

Clot rapporte : "Pour relever le rang des élèves aux yeux de leurs compatriotes, on a introduit la publicité pour les examens". Ainsi, tous les hauts fonctionnaires, le corps des *ulémas*, les consuls, les étrangers de distinction étaient invités à une cérémonie solennelle au cours de laquelle les noms des élèves ayant réussi à passer d'une classe à une autre étaient proclamés et les élèves qui avaient obtenu des grades recevaient des insignes.

Le niveau de formation des médecins à cette époque était comparable à celui des "officiers de santé" en Occident, à la différence près qu'à la sortie de ces écoles, les jeunes praticiens, munis d'un diplôme officiel étaient comblés d'honneurs et bénéficiaient d'un prestige qu'un *hakim* (médecin traditionnel) acquérait après des années d'exercice. Ce mode de formation initié pour les besoins urgents de l'armée, a laissé des traces sur le devenir des sciences et de la profession médicale du fait qu'il a engendré une élite, fer de lance de la modernité, dont les compétences n'étaient pas à la hauteur du rang social qu'on leur a accordé. Clot rapporte que "les jeunes médecins ont souvent exprimé le désir d'avoir le titre de docteur, surtout depuis que ceux de Constantinople, qui est la sœur cadette, confère à ses élèves le titre de docteur. Nous avons constamment résisté à cet entraînement".

Conclusion

D'après certains auteurs, le sous-développement chronique des sciences en Égypte est dû à la "volonté limitative" des colonisateurs "de former, non pas des savants, mais des praticiens maîtrisant des connaissances simples et pratiques" au lieu "d'enseigner les sciences fondamentales". Ces derniers ont imposé leurs langues à l'enseignement, ont marginalisé les enseignants autochtones afin d'imposer "une politique éducative colo-

niale”. L’histoire de la médecine montre que le déclin de la médecine en Égypte est bien antérieur à l’emprise coloniale et que les méthodes d’enseignement et le mode de pensée, qui ont jadis entravé le développement de la rationalité savante, ont été appliqués à l’apprentissage des sciences modernes. Le mode de transfert des savoirs qui a été choisi au XIXème siècle par Muhammad Ali n’a ni régénéré les connaissances classiques du pays, ni s’est greffé sur elles, il a pris l’allure d’un produit créé *ex nihilo*, importé de l’étranger, avec des conséquences sur l’acculturation et la formation d’une élite moderne dont la compétence n’est pas à la hauteur de son statut.

NOTES

- (1) En général, l’*awrât* est défini comme la partie du corps qui ne doit pas être vue, chez les hommes elle va du nombril jusqu’aux cuisses et chez la femme de la nuque jusqu’aux genoux.
- (2) *Hadîth* et *Sunna* sont les propos et acte du prophète et des imams, rapportés par des hommes dignes de foi.
- (3) Parmi les recueils des *hadiths*, le Sahih de Mohammed al-Bukhari (810 -870) et le sahih de Muslim ibn al-Hajjaj (819-875) sont considérés comme intégralement authentiques (les *sahihayn*). Sur le cadavre : Muslim, chap. mort, part. 12, notes 36-43. Sur le sang : al-Bukhari, Tome 1, chap. Ablution, part. 63, note 227,228. Sur awrât : Muslim, Tome 1, chap. Menstrues, part. 17-19.
- (4) Coran, sourate V, verset 90 : “Ô croyants ! Le vin, les jeux de hasard, les pierres dressées (les statues) et les flèches divinatoires sont une abomination et une œuvre du Démon. Évitez-les”.
- (5) Muslim, Sahih, tome 4, chap. vêtement et parure, part. 26, note 81.
- (6) la version française de ce livre est sous le nom de “trésors de la santé” ed. imprimerie Vial, Marseille, 1835.
- (7) Le mutazilisme est une école de théologie musulmane apparue au VIIIème siècle. Il réfute l’aspect incréé du coran et met en avant un certain libre arbitre. En 827, la doctrine du mutazilisme a été officiellement adopté par le calife Al-Ma`mun (813-833) et ses deux successeurs.
- (8) Terme employé à partir du VIIIème siècle pour désigner les personnalités, les doctrines et les comportements préjudiciables à l’islam. On reproche aux *zanâdiq* d’avoir mis en cause le *tawhid* (unicité divine), la création *ex nihilo* du monde, la *charia* (lois révélées), la prophétie du “Messager de Dieu” et la légitimité du califat.
- (9) Portant son nom, la première école s’appelle *madrassa* Nizâmiyeh et se situe à Bagdad. Elle est l’un des centres de savoir et d’enseignement (sorte d’université) les plus importants et les plus connus dans l’Orient islamique à cette époque.

BIBLIOGRAPHIE

- ABULCASIS - Abū al-Qāsim Khalaf ibn Abbās al-Zahrāwī , *Kitab al-Tasrif li man ‘ajaza ‘ani at-T’aleef (la chirurgie d’Abulcasis)* , trad. Dr Lucien LECLERC, Éd. J.-B. Baillière, Paris, 1861.
- AVICENNE (Ibn Sina) - Abu Ali al-Husayn, *Qanoun dar teb (Les Canons de la médecine)*, trad. Chafarkandi Abdolrahman (Hejar), Éd. Sorouche, Téhéran, 1989.
- CERESOLE - *Des observations du citoyen Ceresole sur la rive occidentale du Nil*, Histoire médicale de l’armée d’Orient, Librairie de la Société de la médecine, Paris, An X, part. II.
- CHIFFOLEAU Sylvia - *Médecines et médecins en Égypte, construction d’une identité professionnelle et projet médical*, l’Harmattan, Paris, 1997.
- CLOT Antoine Barthélémy - *Aperçu général sur l’Égypte*, Éd. Fortin, Masson et Cie, Librairies-Éditeurs, t. 2, Paris, 1840.
- CLOT Antoine Barthélémy - *Compte-rendu de l’état de l’enseignement médical de l’Égypte*, Éd. Victor Masson, Paris, 1849.
- CROZET Pascal - *Les sciences modernes en Égypte. Transfert et appropriation 1803-1902*, Geuthner, Paris, 2008.

- DESGENETTES René - *Lettre circulaire du citoyen Desgenettes aux médecins de l'Armée d'Orient*, Mémoire sur l'Égypte, t.1, imprimerie P. Didot l'Aîné, Paris, An VIII.
- DESGENETTES René - *Rapport sur le Môristan ou l'Hôpital du Caire*, Mémoire sur l'Égypte, imprimerie P. Didot l'Aîné, Paris, An X, t. 2.
- GHAZALI ABU HAMID - *L'incohérence des philosophes*, trad. Tahar Hamid, Éd. Édilivre. ville
- JAGAILLOUX Serge - *La médecine traditionnelle égyptienne du XVIème siècle à nos jours*, Paris, 1983. thèse de doctorat.
- LECLERC Lucien - *Histoire de la médecine arabe*, Éd Ernest Leroux, Paris, 1876.
- MEHREN August Ferdinand (1822-1907) - *Vues d'Avicenne sur l'Astrologie et sur Rapport de la responsabilité humaine avec le destin*, Éd. Nabu Press, 2010.
- POUJOLAT Baptistin - *Voyage dans l'Asie mineure, en Mésopotamie, a Palmyre, en Syrie*, Éd. Ducollet, t.2, Paris, 1841.
- RENATI - *essai sur la topographie physique et médicale du vieux Caire*, Mémoire sur l'Égypte, t. 2, imprimerie P. Didot l'Aine, Paris, An X, p. 367
- BICHAT Xavier - *Anatomie pathologie*, dernier cours de Bichat, 1825, BN, MFICHE TD24-18

NOTE DE LA RÉDACTION

Nous ajoutons à la bibliographie quelques articles de nos membres :

- JAGAILLOUX S. - "L'évolution de la chirurgie en Égypte au XIXème siècle" *Histoire des sciences médicales*, 1984, 18 (1), 69-76.
- ALI Zaki - VALENTIN Michel - "La fondation de l'école de médecine du Caire par Clot Bey de Grenoble (1793-1968)", *Histoire des sciences médicales*, 1985, 19 (2), 107-112.
- GOUREVITCH Danielle - "(Nicolas) Lucien Leclerc, médecin major, membre de la Société des Antiquaires de France, fondateur de l'histoire de la médecine arabe (1816-1893)", *Bulletin de la Société des Antiquaires de France*, 1997, 99-107.
- RUF Henri - "Antoine Barthélémy Clot-Bey, un médecin marseillais fondateur de la médecine occidentale en Égypte", *Histoire des sciences médicales*, 2011, 45 (1), 71-80.

RÉSUMÉ

Au XIXème siècle, l'Égypte et un grand nombre de pays de la Méditerranée et du Proche-Orient ont fait appel aux Occidentaux pour reconstruire leur médecine. Dans la plupart des cas, l'acquisition de la médecine et en particulier l'anatomie pathologique n'est pas due à une diffusion spontanée, ni à l'évolution de la médecine classique, mais résulte de l'action des pouvoirs politiques. Avec une tradition savante assez riche, pourquoi la médecine n'a-t-elle pas pu se développer dans ces pays ? Comment le transfert des savoirs modernes s'est-il effectué ? L'étude de la modernisation de la médecine en Égypte fournit quelques réponses à ces questions.

SUMMARY

In the 19th century, Egypt and a large number of countries in the Mediterranean and the Middle East appealed to Westerners to rebuild their medicine. In most cases, the acquisition of pathological anatomy medicine is not due to a spontaneous diffusion, nor to the evolution of classical medicine but results from the action of the political powers. With a rich scholarly tradition, why has not medicine been able to develop in these countries ? How has the transfer of modern knowledge been effected ? The study of the modernization of medicine in Egypt provides some answers to these questions.

De l'usage et des connaissances de l'opium et du tabac sur la santé humaine au XIXème siècle

Opium and tobacco : their effects on human health in the 19th century

par Isabelle CAVÉ **

Introduction

Il s'agit d'évoquer l'état des connaissances de deux plantes universelles que sont l'opium et le tabac, et, que l'homme utilise depuis la nuit des temps pour se libérer de ses souffrances sociales, pour se procurer également des jouissances de bien-être personnel qui le rendent finalement dépendant et/ou gravement malade. Quelles que soient les utilisations ou les consommations les utilisateurs réguliers de la drogue, peuvent contracter, par exemple, une ataxie locomotrice progressive, une maladie mentale, une maladie respiratoire ou connaître un coma, un cancer, voire rencontrer la mort de façon générale. Au cours du XIXème siècle, ces deux plantes narcotiques sont étudiées par la médecine et par la pharmacopée des sociétés modernes ou traditionnelles qui les emploient comme remèdes ou comme solutions thérapeutiques médicales face aux maladies les plus courantes et les plus variées d'entre elles.

En Occident, même si la médecine dix-neuviémiste progresse à une vitesse temporelle considérable par des procédés d'observations et de pratiques cliniques, il convient de faire remarquer que les médecins de la dite période ne cesseront d'expérimenter pour tenter de soulager la souffrance de leurs malades. À propos de ces deux substances narcotiques les médecins français inscriront l'opium dans leur pharmacopée comme une panacée curative courante, au paradoxe qu'ils définiront le tabac, comme une substance dangereuse à éviter pour conserver sa santé. C'est en partant d'un corpus d'archives documentaires médicales et sociales authentiques du XIXème siècle pris au hasard des navigations personnelles du catalogue numérique Gallica de la Bibliothèque Nationale de France que j'ai choisi d'extraire un corpus d'ouvrages, de revues et de journaux sur un siècle (documents édités entre 1839 et 1930), conçus et rédigés notamment par des méde-

* Séance de novembre 2017.

** 90, rue des Étannets, 95300 Pontoise.

cins, des scientifiques, des hygiénistes, des économistes, mais aussi des moralisateurs ou des sociétés défenseurs d'une santé publique sous l'égide d'une politique sanitaire pionnière de III^{ème} République. Une exploration attentive des questions médicales, agricoles, industrielles et commerciales, de l'hygiène sociale puis de l'économie politique et des questions coloniales ou des discussions médicales extraites des comptes rendus de séances à l'Académie nationale de médecine auront été nécessaires pour la rédaction du condensé thématique.

L'opium

L'opium est une substance chimique, naturelle, extraite du pavot. Le pavot est une plante de la famille des papavéracées cultivées principalement en Égypte, en Perse, en Turquie, dans l'Inde et dans l'Amérique méridionale. Cependant, en France au XIX^{ème} siècle, dans le commerce, on rencontre un grand nombre d'espèces d'opiums. Les principales sont les opiums de Smyrne, de Constantinople et d'Égypte. C'est du port de Smyrne que provient la majeure partie de l'opium dirigé sur l'Europe. On obtient la substance opiumique en procédant à des incisions sur les capsules gonflées non encore arrivées à pleine maturité qui sont les têtes du "Pavot somnifère" (*Papaver somniferum*) ; on recueille le suc qui s'en échappe et on le laisse s'épaissir à l'air par évaporation spontanée (1). Ainsi préparé, l'opium se présente en pains arrondis ou aplatis, de la grosseur du poing et généralement recouverts de débris de feuilles de pavots, c'est l'opium brut. Il contient une grande concentration d'alcaloïdes comme la morphine ou la codéine. La valeur de l'opium est exclusivement basée sur sa teneur en morphine. Il est consommé, directement, dans les pays producteurs comme la Chine. Les Chinois, qui usent depuis longtemps de l'opium, peuvent fumer jusqu'à deux cents pipes par jour, soit 200 grammes pour les gros fumeurs contre 10 grammes pour les petits fumeurs. (Cela représente de 2 gr à 40 gr de morphine absorbée en 24 heures) (2). En règle générale, ils commencent à fumer vers l'âge de dix-huit ou vingt ans bien que les enfants puissent être initiés entre dix et quinze ans. Les femmes ne fument jamais et la classe pauvre se livre à la fumée. Les pauvres consomment "le dross" c'est-à-dire le mégot d'opium quatre à cinq fois moins coûteux que la matière brute à pipe. Le dross ou appelé aussi "le chandoo" garde la plus grande partie de la morphine et renferme des substances volatiles très délétères. Sa fumée procure une ivresse hébétée et turbulente entrecoupée de périodes d'excitation brutale. Les fumeurs ajoutent à ce mégot du haschich ou d'autres substances euphorisantes et aphrodisiaques (3). Les Occidentaux le fument peu, car en Europe, il est considéré comme un poison violent. Au XIX^{ème} siècle, le trafic d'opium de la Chine depuis l'Inde particulièrement par les Britanniques est à l'origine des guerres de l'opium en 1832-1842 puis en 1856-1860, si bien que l'importation de l'opium est de nouveau légalisée en Chine (4). Malgré les prohibitions chinoises l'opium envahit de plus en plus l'Empire du Milieu. En 1821, le trafic s'élève à 30 millions de francs contre 80 millions de francs, onze ans après, en 1832. Il convient de savoir que la valeur monétaire de la drogue vendue aux Chinois l'emportait sur celle du thé et la suppression de ce trafic aurait entraîné une banqueroute financière pour le commerce anglais (5). Depuis 1847, la culture du pavot est absolument interdite dans tous les territoires des Indes françaises et depuis la Convention du 7 mars 1915 toute la quantité d'opium consommée est achetée à l'Administration du Gouvernement des Indes. En 1850, le Bengale comptabilise 127.000 ouvriers employés à la récolte du pavot à opium. On a essayé pendant un demi-siècle d'introduire en France la culture du pavot à opium. Les résultats prometteurs ont

été obtenus en Guyenne, Auvergne, Picardie et Algérie. C'est la rareté et la cherté de la main-d'œuvre qui ont limité l'extension de cette culture industrielle. Lorsque le pavot noir est cultivé en Allemagne, en Belgique et en France, il sert à la fabrication d'une huile extraite des graines (sans traces d'alcaloïdes pour celles-ci) utilisée en grande partie pour falsifier les huiles comestibles. Aujourd'hui, depuis 2006, la production mondiale est localisée principalement en Afghanistan. Après une forte baisse en 2001 en raison de l'interdiction de sa culture par les Talibans la culture est revenue à la normale. En 1907, la Chine consommait 70 fois plus d'opium qu'en 1800 soit 22.000 tonnes par an et comptait quinze millions de fumeurs (6). Les politiques de santé publique des pays européens émergentes à la fin du XIXe siècle vont instaurer une législation sur cette drogue. De 1884 à 1922, plus de 26 décrets et arrêtés sont pris pour réglementer la matière. Dès le XXème siècle, de nombreux règlements nationaux et internationaux encadrent la production et la distribution des substances narcotiques. L'utilisation pharmaceutique de l'opium et de ses dérivés est strictement contrôlée et tout autre emploi le plus souvent interdit depuis la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 qui a remplacé la Convention internationale de l'opium ratifiée à la Haye, aux Pays-Bas, en 1912 (7). Dans les années 1900 près de 25 millions de personnes étaient des consommateurs d'opium ; soit 1,5% de la population mondiale. Aujourd'hui selon le rapport des Nations unies sur la drogue dans le monde, en 2005, l'Iran détiendrait la plus grande proportion de drogués à l'opium avec 2,8% de la population au-dessus de 15 ans (8).

La consommation de l'opium

L'opium peut être avalé ou bu en décoction. Il est également mangé en Turquie, en Asie Mineure et en Égypte. Mais le plus souvent il est fumé en pipe où la boule d'opium est préchauffée en étant piquée sur une aiguille procurant des sensations d'extase orgasmique, un état de relaxation intense, une insensibilité totale à la douleur (propriété analgésique de la morphine), des difficultés de coordination des mouvements. En cas de surconsommation, les fumeurs peuvent rencontrer une dépression respiratoire, une constipation et une forte dépendance à la substance narcotique. Les graines de pavot présentent beaucoup moins d'effet quand elles sont fumées en cigarettes car elles contiennent une faible proportion en alcaloïdes morphiniques. Sa consommation induit un myosis, une baisse de l'amplitude respiratoire, une hypotension et peut provoquer des nausées ou des vomissements. Au début les fumeurs n'éprouvent pas le plaisir escompté ils ont des nausées et un dégoût qu'ils n'arrivent à surmonter qu'avec le temps. Après quelques semaines d'entraînement les fumeurs connaissent une excitation du système nerveux, loquacité, gaieté, sentiment de bien-être dans lequel les battements cardiaques atteignent 90 à 100 pulsations à la minute au lieu de 65 en temps ordinaire. Le stade d'extase et d'hallucination passé, les fumeurs tombent dans un sommeil lourd aux proportions d'une narcose toxique si les doses d'opium consommées sont élevées. La respiration et le pouls (9) s'embarrassent et prennent de la lenteur pouvant conduire le fumeur à un coma stertoreux. Pour une consommation modérée, au réveil l'individu est altéré, la bouche pâteuse, échauffée. Il peut y avoir cependant des vertiges et de la céphalalgie, de l'impuissance, des troubles de la miction, des écoulements muqueux par les yeux et par les voies génitales, de la dyspnée suffocante et de la vieillesse précoce. Le fumeur est fatigué, accablé, peu disposé à se concentrer. Pour contrer cette dépression le fumeur va augmenter sa dose d'opium. Si son organisme le lui permet il ingère ainsi une dose considérable de poison. Le corps et l'esprit se désorganisent peu à peu (10). De manière exceptionnelle, la mort arrive rapidement et de façon foudroyante à la suite d'un ramollisse-

ment du cerveau (11), de congestion cérébrale, de narcotisme aigu, de délire furieux et de folie paralytique. La physionomie du fumeur d'opium est la suivante. Sa figure présente une pâleur mate et malade, ses yeux sont caves entourés d'un cercle bleuâtre, la pupille est dilatée, le regard présente une expression d'idiotie vague et de gaieté à la fois. La parole est hésitante et tremblotante. Sa figure et son corps sont maigres et les membres sont grêles et sans vigueur. La marche du fumeur est lente et ses mouvements sont incertains. Il porte la tête ordinairement baissée. Quel est le traitement des empoisonnements par l'opium ? Ce traitement doit reposer sur l'emploi des stimulants, sur la respiration artificielle et le lavage de l'estomac, avec l'utilisation additive possible du permanganate de potassium (12).

De l'usage de l'opium en médecine

L'opium présente trois propriétés principales : action soporifique, action excitante, action toxique. Au XVII^e siècle, le médecin anglais Sydenham emploie l'opium pour soigner la variole et la dysenterie (13) (cas observés dans les épidémies de 1669, 1670, 1671 et 1672). Reil a noté dans l'épidémie de variole de Hales (Allemagne) en 1791 l'action vertueuse de l'opium dans le traitement des contaminés ; 1^o de favoriser l'éruption variolique, 2^o de prévenir les complications possibles des varioles régulières, 3^o de simplifier les varioles graves. Sydenham note aussi les effets de la substance dans le choléra morbus de 1669 (choléra nostras, choléra sporadique). En 1779, Murray rapporte que l'opium est introduit dans le traitement des maladies vénériennes dont il faut évoquer la syphilis. L'opium servira par la suite au traitement épidémique de la méningite cérébro-spinale et de l'ophtalmie dite purulente (ophtalmie des armées, ophtalmie des Égyptiens) caractérisées par la purulence et la contagiosité. Il faut saluer Chauffard d'Avignon qui a introduit l'opium à hautes doses dans le traitement de la méningite cérébro-spinale (14) rappelant ainsi que l'opium est utile dans les maladies à délire. L'opium peut combattre le délire morbide et l'incoordination nerveuse et a été utilisé également comme moyen thérapeutique pour soigner le paludisme, pratique médicale déjà fort ancienne. Fonsagrives associe la substance opiumique au sulfate de quinine dans le traitement de l'érysipèle de la face. L'opium à prescription isolée ne calme la douleur qu'en excitant le système sanguin qui est toujours en antagonisme avec le système nerveux (15). Il dispose d'un pouvoir calmant sur la douleur et d'un pouvoir stimulant sur le système circulaire du sang rouge. Il a pleine action sur le pouls en le rendant plus fort ou au contraire en le ralentissant. Il reste efficace dans le traitement des névralgies simples, de même que celles qui affectent les nerfs de la vie végétative, la gastralgie, l'entéralgie, les crampes d'estomac. Il contribue à soigner tous les spasmes qui menacent la vie mais aussi l'angine de poitrine, dans les grandes évacuations de sang et autres humeurs. Enfin, il est fort reconnu face aux douleurs d'une intensité que le malade ne supporte plus, appelant la mort pour mettre fin à sa souffrance. La morphine agit donc sur l'iléus ou l'étranglement intestinal, la péritonite, le tétanos, la colique néphrétique, le cancer, la colique hépatique. Quant aux agonies de vie très longues et très douloureuses, Récamier donnait des remèdes dans l'agonie et n'abandonnait pas le mourant lorsqu'il voyait le malade dans une phase finale moribonde (16). Les mauvaises langues disaient de lui qu'il arrivait plus d'une fois à soigner les morts. Enfin l'opium, fréquemment, associé à l'alcool et à l'ammoniaque est utilisé pour soigner les empoisonnements froids provoqués par les morsures de serpent ou d'insectes venimeux (17).

Le tabac

Le tabac est une plante de la famille des solanacées. La plante est haute d'un mètre, environ, elle est composée de feuilles charnues et de fleurs roses qui terminent le sommet en panicule. Toutes les parties de la plante froissées entre les doigts dégagent une odeur forte, vireuse, désagréable (18). Ses feuilles émondées, soumises à un certain degré de fermentation sont séchées, roulées sur elles-mêmes, transformées en fragments ou en poudre, constituant le tabac à fumer ou à priser. La plante est introduite, en Espagne, pour la première fois en 1518. D'Espagne la plante passe en Portugal où Jean Nicot, ambassadeur de France va la présenter à Catherine de Médicis reine de France, en 1560, qui l'a publicisé "d'Herbe à la Reine" remède de tous les maux. Douze ans après la mort de la Reine le tabac devient interdit. Il sera de nouveau autorisé après la Révolution française, en 1793, où la culture, la vente et la consommation de la plante sont permises. En 1852, Napoléon III grand fumeur la met à l'honneur. Sous la IIIe République, en 1877, il est fondé une première société contre l'abus du tabac. Les tabacs sont tous originaires du Brésil, Bornéo, le Mexique, la Havane, l'Italie, la Hollande, l'Angleterre et quelques départements de France. Au Levant, Salonique est le grand marché du tabac ; la Syrie, la Morée, l'Égypte y versent leur superflu. Cependant pour une qualité de l'excellence mondiale de la plante nous retiendrons l'Amérique septentrionale avec la Virginie et le Maryland. Au XIXème siècle, la France a choisi de s'empoisonner au mépris de toutes les règles de l'hygiène, de la raison et de toutes les convenances sociales pour s'afficher comme grand pays consommateur avec 31 tonnes de consommation en 1869 contre 18 tonnes pour l'Angleterre, qui se prétendait pourtant, aux premiers rangs des pays fumeurs. Soit 900 grammes par an et par personne pour le Français contre 700 grammes par an et par personne pour l'Anglais. Dans la seconde partie du XIXème siècle, Paris dépense 500.000 francs de tabac par jour, ce qui représente le budget du pain pour 2 millions d'habitants ! En 1880, il est vendu cent millions de cigarettes dans le monde, en 1900 un milliard de cigarettes et à la veille de la Seconde Guerre Mondiale mille milliards de cigarettes.

**Tableau des proportions de nicotine (exprimées en pourcentages)
en fonction des pays producteurs du tabac (1871) (19)**

Origines des tabacs	Taux de nicotine exprimé en %
Tabac du Levant	0,00%
Grèce	0,00%
Russie	0,00%
Hongrie	0,00%
pays arabes	2,00%
Brésil	2,00%
La Havane	2,00%
Paraguay	2,00%
Maryland	2,29%
Alsace	3,21%
Pas-de-Calais	1,96%
Kentoucky	6,09%
Ille-et-Vilaine	6,20%
Nord	6,38%
Virginie	6,87%
Lot-et-Garonne	7,34%
Lot	7,36%

La fabrication du tabac

Sous Louis XIV le tabac se vendait 25 sous la livre au détail. Comme vous le savez la culture de cette plante devint libre de 1791 à 1793. Or à partir de cette époque jusqu'en 1810 l'État impose une licence à tous les marchands de tabac. C'est le 29 décembre 1810 que parurent les décrets qui ordonnèrent que la fabrication et la vente des tabacs seraient faites à l'avenir par le gouvernement. Depuis ce décret, l'État a conservé le monopole exclusif de l'achat, de la fabrication et de la vente de tous les tabacs et cigares. À la fin du XIX^{ème} siècle la France compte dix-neuf manufactures de tabac employant 1.800 hommes, 22.000 femmes et dénombre 44.517 débits de tabac (20). Les principales manufactures sont situées à Paris, Lille, Le Havre, Morlaix, Bordeaux, Tonneins, Toulouse. Les villes de Lyon et de Marseille sont spécialisées dans la fabrication du cigare. Depuis 1852, le Gouvernement a autorisé la culture du tabac dans 21 départements. L'Algérie n'est soumise encore à aucun règlement. À Manille, on n'emploie que des femmes à la fabrication des carottes de tabac. Elles travaillent de 800 à 1.000 individus dans la même pièce, toutes assises accroupies à l'indienne sur le plancher, dirigées par des femmes âgées. Elles sont outillées de pierres pour battre la feuille sur la table de bois disposée devant elles. Autant d'individus regroupés simultanément à l'ouvrage crée un bruit assourdissant. En France, en parallèle de la production manufacturière officielle, une économie clandestine modeste du milieu se développe. Il s'agit de petits vendeurs parisiens qui sillonnent, chaque jour, les boulevards et les Champs-Élysées (environ 200 pour la capitale) pour récolter des bouts de cigare jetés sur voie publique, ils achètent aux garçons de café ceux qui traînent dans les salles puis ils procèdent au recyclage de confection de petites cigarettes ou petits cigares avec la matière amassée. Le tabac, une fois haché, est mis en paquet et se débite au prix de 2 fr.50 la livre. Leurs principaux clients sont les balayeurs municipaux, les petits bimbetiers de la rue, les marchands des quatre-saisons, les artistes du macadam, les pêcheurs à la ligne etc. Ainsi fait-il bon vivre, à Paris, au XIX^{ème} siècle. Ou, presque, parce que leurs frères employés à la fabrication en usines à tabac n'ont pas le privilège d'admirer les paysages des bords de Seine ! Les ouvriers à la manufacture sont maigres, ont le teint hâve, sont sujets aux coliques, aux vomissements, à la céphalalgie, au vertige, au tremblement musculaire et aux affections aiguës et chroniques de la poitrine, à l'appauvrissement du sang provoqué par les préparations ferrugineuses (21) sans épargner bien évidemment la dureté de la mécanique gestuelle de leur mental ou de leur physique soumis à des cadences de production infernale. Il faut donc penser à tous ces enfants mineurs et à toutes ces femmes au travail industriel quotidien dont il faudra attendre les lois de protection sociale en 1874 et en 1892 régulant un peu plus dignement l'activité corvéable.

Le tabac vu par la médecine

Pour résumer le caractère dangereux de la substance d'un point de vue médical, il faut reprendre la définition du Dr Urbain Anglès, aide-médecin dans l'armée brésilienne pendant la guerre du Brésil avec le Paraguay en 1864, qui a écrit ceci (22) : "Nous pouvons assurer nos lecteurs que la trop grande absorption de la fumée du tabac énerve extraordinairement et affaiblit considérablement tous les tissus, stupéfie surtout le cerveau, et de cette stupéfaction continuelle naissent des désordres généraux très graves, tels que la perte de la mémoire, l'affaiblissement de l'intelligence, la diminution des forces physiques et morales, l'amaigrissement, la consommation et ces tremblements dans les membres chez tous ceux qui se font une idole de cette plante si funeste, etc. Cette herbe abrutissante alourdit la pensée, rend l'esprit paresseux, porte à l'oisiveté et à l'inac-

tion". Sichel, à la Société médico-pratique, de Paris, prétend que peu de personnes peuvent consommer plus de 20 grammes par jour sans que leur vision ou leur mémoire s'affaiblissent. L'abus du tabac provoque l'amaurose cérébrale (23). Étudiée, en sciences, au début du XIXème siècle, le pharmacien-chimiste Vauquelin affirme que certains composants de la plante dont le principal est une sorte d'huile empyreumatique retirée par la distillation sont doués d'une énergie excessive, d'une puissance délétère foudroyante. Une seule goutte appliquée en lavement (délayée avec de l'eau) ou déposée sur la langue des chiens et des chats les conduit à la mort (24). La chique provoque une salive abondante, des nausées, des vomissements, des vertiges, des céphalées insupportables, beaucoup d'effets secondaires sur la santé comparables aux pratiques de consommation abusive des boissons alcooliques. À ce propos, *l'Association française contre l'abus du tabac* mentionne dans une circulaire en 1875 ceci (25) : "L'abus du tabac et l'abus des boissons alcooliques portent de graves atteintes aux intérêts moraux de la famille et de la société ; chez la jeune génération ils paralysent le développement de la race ; parmi les classes laborieuses ils détruisent le goût du travail ; ils désorganisent les armées en relâchant les liens de la discipline". Les effets du narcotisme font de l'individu malade du tabac un hypocondriaque ou une hystérique, ce qui s'appelle chez elle crises de nerfs et vapeurs. Dans ces cas de figure, il reste à noter des bizarreries de caractère, les monomanies, les folies lucides dont on trouve les types les plus variés et les plus originaux chez les fumeurs. Car il faut savoir que si l'action du tabac influe en dommage sur la croissance du corps elle présente une influence collatérale bien plus directe et plus rapide sur le système nerveux. Les jeunes fumeurs altérés rencontrant la fièvre d'intoxication courent très vite au café pour étancher la soif intense qu'ils éprouvent en fumant et qu'ils calment avec des breuvages alcooliques. Ainsi les habitudes de plaisirs et d'ivresses éthyliques s'ancrent de façon permanente et durable dans la société nouvelle de la deuxième moitié du XIXème siècle. D'ailleurs, le docteur Jolly, à la séance de l'Académie de médecine de Paris du 21 février 1865, dans une étude médicale sur le tabac, le clame haut et fort : "Aujourd'hui, il n'est plus permis de mettre en doute la part qu'a pu prendre le tabac au développement progressif des maladies mentales ; et plus spécialement à l'étiologie de cette forme d'aliénation si vaguement dénommée sous le titre de paralysie générale ou progressive (delirium tremens, folie crapuleuse), maladie qui, depuis un certain nombre d'années, se multiplie de manière à encombrer de toutes parts les maisons de santé et les asiles d'aliénés".

Conclusion générale

L'ordonnance française du 29 octobre 1846 modifiée par décret du 8 juillet 1860 donnant une nomenclature des substances vénéneuses inscrit, au tableau de la dite législation, l'opium et ses composants. Les composants de l'opium sont l'acétate de morphine, le chlorure (chlorhydrate) de morphine, la codéine et ses préparations, le laudanum, la morphine et ses composés, la narcéine, la narcotine, l'opium. Comme la morphine jointe à l'acide méconique constitue le principe actif et nocif de l'opium les pays vont légiférer l'emploi de cette substance narcotique. En Indochine, par arrêté du commerce en date du 7 février 1899, les pharmaciens auront seuls le droit de recevoir de l'opium brut en extrait ou sous forme de médicaments et sous certaines restrictions (article 7). Par ailleurs, l'entrée des fumeries est interdite à toute personne porteuse d'armes, aux femmes de tout âge, aux enfants au-dessous de 20 ans et aux Européens (article 50). De plus, un individu ne peut transporter plus de 20 grammes de dross à moins d'une auto-

risation spéciale (articles 51 et 52). En Europe dans le contexte de la guerre de 1914-1918 la consommation de l'opium devait être réservé à l'usage strict des nécessités médicales et scientifiques. Mais le choc traumatique d'après guerre a trouvé grâce aux stupéfiants la solution d'oubli à la détresse existentielle émanant de la guerre. Ce mal nuisible s'est répandu dans toutes les couches sociales et dans presque tous les pays de l'ancien et du nouveau monde. Si les Européens considèrent l'opium comme une substance dangereuse à éviter ; ils ignorent pour autant que le tabac était un poison narcotique presque aussi redoutable qui peut provoquer à moyen terme l'inflammation du canal intestinal, la stupeur, le tremblement voire les vertiges et la mort quand ce n'est pas la paralysie et la folie à longs termes. Les connaissances d'aujourd'hui permettent d'affirmer que la fumée du tabac contient environ 4.000 composés chimiques dont 50 reconnus cancérigènes. Selon la ligue nationale contre le cancer, aujourd'hui 27.000 personnes meurent chaque année d'un cancer du poumon en France, dont 87% sont dus à la consommation de tabac. Selon l'observatoire des drogues et des toxicomanies, le tabac aurait entraîné la mort de 100 millions de personnes dans le monde au cours du XXème siècle. Et si les comportements de consommation ne changent pas, ce sera 1 milliard de décès à prévoir sur le XXIème siècle concernant ce sujet (données 2005) ! Pendant tout le XIXème siècle, les sociétés européennes ont très vite pensé leurs législations afin de réguler les comportements aux usages individuels de la drogue et pour répondre aux enjeux de la santé publique.

NOTES

- (1) Article de FONSSAGRIVES - sur l'opium in *Dictionnaire des sciences médicales* de Dechambre, G. Masson, Paris, 1874-1889, p.136.
- (2) THÉZARD A. - "Le Chimiste de la ville et des champs", *Journal médical, agricole, industriel et commercial*, juillet 1903, p.4.
- (3) HÖIJER O. - *Le trafic de l'opium et d'autres stupéfiants. Étude de droit international et d'histoire diplomatique*, Éditions Spes, Paris, 1925, p.81.
- (4) CHESNEAUX J. - *Histoire de la Chine. Des guerres de l'opium à la guerre franco-chinoise, 1840-1855*, Hatier Université, Paris, 1969.
- (5) THIBOUT G. - *La question de l'opium à l'époque contemporaine*, G. Steinheil, Paris, 1912.
- (6) BU L. - *Public health and the modernization of China, 1865-2015*, Routledge, 1st edition, March 2017.
- (7) CHAST F. - "Les origines de la législation sur les stupéfiants en France", *Revue des Sciences médicales*, 2009, XLIII, 3, p.293-305.
- (8) NATIONS UNIES. Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime - *Rapport sur les drogues 2004*, ONUDC, Vienne, 2004.
- (9) OZANAM C. - *La circulation et le poulx. Histoire, physiologie, séméiotique, indications thérapeutiques*, Paris, J.-B. Baillière, 1886.
- (10) CASPER S.-T. and GRAVUS D. - *The History of the brain and mind Sciences. Technique, technology, therapy*, University Rochester Press, Rochester, 2017.
- (11) LE MINOR J.-M. and SICK H. - *Bourgerie : Atlas of human anatomy and surgery*, Taschen, 2015.
- (12) POUCHET G. - *Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale*, O. Doin, Paris, 1900-1904, p.781.
- (13) DUQUESNEL L.-F.-X. - *Recherches sur la dysenterie suivies de l'histoire d'une épidémie dysentérique, observée au Portugal sur des blessés français*, thèse de médecine de la Faculté de médecine de Paris, Imprimerie de Didot jeune, Paris, 1811.
- (14) BOUDIN J.-C.-M. - *Histoire du typhus cérébro-spinal ou de la maladie improprement appelée méningite cérébro-spinale*, J.-B. Baillière, Paris, 1854.

- (15) BASTIÉ (médecin honoraire de l'hospice de Graulhet) - *Des névralgies : de leurs causes, de leur traitement*, Édouard Privat, Toulouse, 2ème édition, 1905.
- (16) PETER J.-P. - *De la douleur : Trois propos sur la douleur, observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Quai Voltaire Histoire, Paris, 1993.
- (17) HOBBS P. - *Venomous Encounters : Snakes, vivisection and scientific medicine in colonial Australia*, Manchester University Press, 2017.
- (18) RAMBOSSON J. - *Histoire et légendes des plantes utiles et curieuses*, Librairie de Firmin Didot frères, fils et Cie, Paris, 1871.
- (19) JOLLY P. - *Hygiène publique. L'Absinthe et le tabac*, lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 25 juillet 1871.
- (20) HEUZÉ G. - *Les plantes industrielles*, L. Hachette, Paris, tome 4, 1893-1895.
- (21) Consulter les travaux de recherche de Hurtaux et de Mélier.
- (22) ANGLÈS U. - *Une des causes principales de la décadence des nations, par un homme entièrement dévoué au bien de l'humanité*, impr. de M. Olive, Marseille, 11e édition, 1876, p.15.
- (23) Consulter les travaux de Mackenzie et de Sichel.
- (24) JOUSSET P.-G. - *Le tabac, son histoire, ses effets*, impr. de A. Gouverneur, Nogent-le-Rotrou, 1857, p.12.
- (25) ASSOCIATION FRANÇAISE CONTRE L'ABUS DU TABAC ET DES BOISSONS ALCOOLIQUES - *Bulletin de l'Association française contre l'abus du tabac*, Imprimerie centrale des chemins de fer A. Chaix et Cie, Paris, 1869-1883, 1er avril 1875, p. 59.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- CHAST F. - "Le concours de l'internat en pharmacie au XIXème siècle, révélateur de la problématique de l'opium", *Revue d'histoire de la médecine*, 1996, 84, 312, p. 389-391.
- CHAUVEAU S. - "Entreprises et marchés du médicament en Europe occidentale des années 1880 à la fin des années 1960", *Histoire, économie et société*, 1998, 17, 1, p. 49-81.
- DEMOUNY I. - "L'arsenal thérapeutique du XIXème siècle à travers le droguier Menier", *Revue d'histoire de la pharmacie*, 2011, 98, 372, p. 511-521.
- DIRECTION DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE - *Bulletin économique*, n°23, nouvelle série, 1903.
- DUFOUR A. - "Cent ans de lutte antitabagique", *Société française d'histoire de la médecine*, communication présentée à la séance du 28 janvier 1978.
- FOURNIER J. - "Découverte des alcaloïdes. Des marqueurs pour l'histoire de la chimie organique", *Revue d'histoire de la pharmacie*, 2001, 331, 89, p.315-332.
- INSTITUT SCIENTIFIQUE DE L'INDOCHINE - *Bulletin économique de l'Indo-Chine puis de l'Indochine*, (S.N.), Hanoi-Haiphong, novembre 1903.
- Journal de la Société contre l'abus du tabac*, 1896.
- MOUVEMENT FRANÇAIS DU CHRISTIANISME SOCIAL - *Le christianisme social*, (s.n.), Paris, année 1909.
- THÉZARD A. - "Le Chimiste de la ville et des champs", *Journal médical, agricole, industriel et commercial, hygiène sociale, économie politique, questions coloniales*, avril 1904.
- WAROLIN C. - "La pharmacopée opiacée en France des origines au XIXème siècle", *Revue d'histoire de la pharmacie*, 2010, 97, 365, p. 81-90.

Ouvrages

- BAILLY C. - *Maison rustique du XIXème siècle : Agriculture proprement dite, 1835. Cultures industrielles et animaux domestiques, 1837*, Bureau du Journal d'agriculture pratique, Payot, Paris, 1837.
- BAUDELAIRE C. - *Les paradis artificiels, opium et haschisch*, Poulet-Malassis et Debroise, Paris, 1860.
- BIÉCHY E. - *Des modificateurs de l'économie. Du principe d'action du café*, impr. C. Decker, Colmar, 1856.
- BIGOT L. - *Des appétits factices*, J. Grassart, Paris, 1885.

- BROUARDEL P. - *Cours de médecine à la Faculté de médecine de Paris ... Opium, morphine et cocaïne*, J.-B. Baillière et fils, Paris, 1895.
- CHANG L. - *La Chine à l'aube du XXe siècle. Les relations diplomatiques de la Chine avec les puissances depuis la guerre sino-japonaise jusqu'à la guerre russo-japonaise*, Nouvelles éditions latines, Paris, 1962.
- CHAST F. - *Histoire contemporaine des médicaments*, La Découverte, Paris, 1995.
- P.-A. - *Les territoires de l'opium*, Olizane, Genève, 2002.
- DECHAMBRE A. - *Dictionnaire des sciences médicales*, (de la notion d'opium), G. Masson, Paris, 1874-1889.
- DÉPIERRIS H.-A. - *Physiologie sociale. Le tabac qui contient le plus violent des poisons, la nicotine, abrège-t-il l'existence ? Est-il la cause de la dégénérescence physique et morale des sociétés modernes ?* E. Dentu, Paris, 1876.
- D'ORBIGNY C. - *Dictionnaire universel d'histoire naturelle*, au mot "nicotine", chez les éditeurs MM. Renard, Martinet et Cie, Paris, tome VIII, 1846.
- DUBOIS C. - *Herbes, drogues et épices en Méditerranée : histoire, anthropologie, économie du Moyen-Âge à nos jours*, Institut de recherche et d'études sur le monde arabe et musulman, Paris, 1988.
- DUORÉ L. - *Hygiène militaire. Le tabac, son avantage, ses inconvénients, conférence faite à Messieurs les officiers pendant son stage au 100ème régiment d'infanterie*, impr. de Hamelin frères, Montpellier, 1888.
- J.B.R.B. - *Considérations hygiéniques sur l'usage du tabac*, J.-B. Baillière, Paris, 1839.
- JOLLY P. - *Hygiène publique. L'Absinthe et le tabac lu à l'Académie de médecine, séance du 25 juillet 1871*, impr. de A. Chaix, Paris, 1871.
- LOUREIRO J.-C. - *Influence du tabac à fumer sur les maladies des yeux : communication faite au congrès ophthalmologique d'Heidelberg*, impr. de N. Chaix et cie, Paris, 1865.
- MALLECK D. - *When good drugs go bad : Opium, Medicine, and the origins of Canada's Drug law*, University of Washington Press, 2015.
- OHLER N. - *L'extase totale. Le IIIème Reich, les Allemands et la drogue*, La Découverte, Paris, 2016.
- PROCTOR R.-N. - *Golden Holocaust. La conspiration des industriels du tabac*, Éditions des Équateurs, Paris, 2014.
- TAMISIER P. - *Note statistique au sujet de l'influence étiologique du tabac dans les maladies des centres nerveux*, impr. de G. Mareschal, Poligny, 1869.
- WANG Y.- C. - *La Chine et le problème de l'opium*, Université de Virginie, A. Pedone, 1933.

NOTE DE LA RÉDACTION

On notera l'emploi de l'adjectif "benign" avec son - g final, qu'on retrouve au féminin "bénigne", et qui rappelle son étymologie, *benignus*, qui fait du bien ou qui est bienveillant, et non pas comme aujourd'hui, pas bien grave, qui évolue de façon simple vers la guérison ; comme pour "anodin", pas bien grave, sans grande portée, anciennement "anodyn", qui vainc la douleur, le sens s'est édulcoré.

RÉSUMÉ

Le XIXème siècle français, sous une IIIème République autant moralisatrice que libertaire, va connaître une nouvelle mode de mœurs sociales "le célibat". On note un célibataire contre deux chefs de famille au recensement national de la population pour l'année 1866. Les hommes boudent à présent les salons féminins, préférant les nouveaux plaisirs de consommation du tabac et les vapeurs des boissons alcoolisées à l'estaminet ! La Priapée (tabac) régule les impulsions génitales qui font naître l'amour, ou au contraire, détient le pouvoir de freiner ou d'éteindre les ardeurs... Quand ce n'est pas cette race asiatique de l'autre bout du monde, habituée depuis des décennies à fumer l'opium qui se dessine aux usages des populations d'Europe et d'Amérique, en renonçant à se griser des vapeurs enivrantes du pavot pour s'engourdir dans la fumée narcotique du tabac...

Fort heureusement les sciences médicales et pharmaceutiques, européennes, vont rapidement prendre le contrôle sanitaire sur ces deux substances narcotiques potentiellement très dangereuses à l'homme.

SUMMARY

French 19th century, under the Third Republic, which was as moralizing as libertarian, experienced a new fashion of social mores, male celibacy. One single person compared with two heads of household was listed in the national census for the year 1866. Men now shun women's salons, preferring the new pleasures of consuming tobacco and the vapours of alcoholic beverages at the tavern! The Priapee (tobacco) regulated the genital impulses that gave rise to love or, on the contrary, had the power to curb or extinguish ardour... When it was not this Asian race on the other side of the world, accustomed for decades to smocking opium that was emerging to the uses of the populations of Europe and America, giving up intoxicating vapours of the poppy to numb in the narcotic smoke of tobacco... Fortunately the European medical and pharmaceutical sciences quickly took the sanitary control over these two narcotic substances potentially very dangerous to man.

Femme et médecin à Bir Hakeim : Louise-Marie Lemanissier *

*Louise-Marie Lemanissier,
a woman and anaesthetist in Bir Hakeim*

par E. GENTILI **

Le XXème siècle a été le siècle de tourment avec deux conflits majeurs quasi planétaires mais aussi celui des libérations. Pour les femmes il a été celui des avancées sociales et de l'émancipation progressive : droit à l'éducation et au travail hors de la cellule familiale, droit de vote, accès à la contraception et à la liberté du corps, même s'il reste encore beaucoup à faire. Les deux conflits majeurs du siècle outre la saignée humaine ont participé indirectement à cette émancipation en permettant aux femmes de prendre leur place dans le champ social provisoirement délaissé par les hommes mobilisés et de s'affirmer dans des tâches de plus en plus complexes qui leur étaient jusqu'alors déniées.

Lors du second conflit en particulier dans les pays occupés, les femmes seront au premier rang de la résistance et de la souffrance. Sur les différents fronts, leur tâche ne sera pas que secondaire, et les exposera souvent à l'épreuve du feu. L'étonnant parcours que nous relatons, celui de Louise-Marie Lemanissier, s'inscrit dans



Poste médical avancé pendant une tempête de sable.

* Séance de novembre 2017.

** CHP Saint-Grégoire, 35760 Saint-Grégoire.

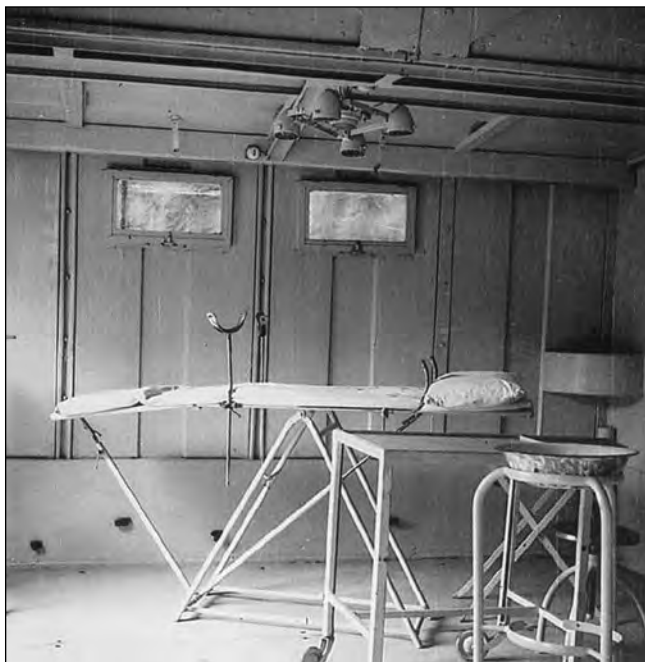
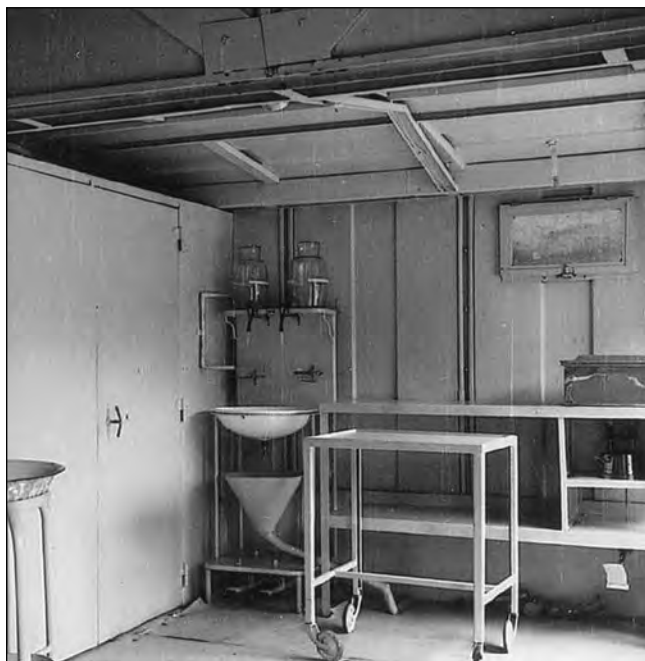


Bloc opératoire mobile, de l'extérieur.

ce mouvement d'affirmation des femmes dans le chaudron de l'histoire. N'eût été la guerre, sa vie aurait été celle d'une jeune femme médecin, peu nombreuses à l'époque et souvent dévolues à des activités plus modestes intéressant peu les hommes dans une médecine très masculine et conservatrice : la biologie, la protection maternelle et infantile etc. Son parcours médical et militaire suivra de près celui de son mari. En septembre 1939, celui-ci, phtisiologue de formation mais lui-même atteint de pneumopathie, quitte l'unité où il est affecté pour rejoindre sa famille. Elle-même, non encore thésée, exerce comme biologiste en Ille-et-Vilaine. L'entourage familial se souvient qu'elle aurait "donné" comme beaucoup d'étudiants en médecine l'anesthésie à l'éther dans une clinique du Mans. Quelques jours après le 18 juin 1940, le couple s'enfuit du port de Tréguier et rejoint la Grande-Bretagne dans un petit bateau de pêche. Les époux sont d'abord affectés en tant que médecins au dépôt des Forces Françaises Libres (FFL), y subissant comme tous les Londoniens le Blitz. Et comme les médecins de la France Libre sont encore plus rares que les hommes de troupe, ils suivront au Levant, actuels Syrie et Liban, les unités FFL engagées avec les Britanniques contre les troupes fidèles à Vichy.

L'année 1942 est une année charnière de la guerre, c'est en effet l'année à partir de laquelle les armées nazies atteindront les limites de leur avancée territoriale et ne feront ensuite que reculer jusqu'à la capitulation finale. Néanmoins cette année-là, Rommel, venu au secours des Italiens, malmène les Anglais et menace l'Égypte et toute la position britannique dans un Moyen Orient qui ne demande qu'à s'en débarrasser, d'autant que le Grand Mufti de Jérusalem est un allié objectif d'Hitler.

Le théâtre des opérations évoluant, la 1ère Brigade FFL sous les ordres du général Koenig s'installe à Bir Hakeim le 13 février 1942, à une soixantaine de km de la côte méditerranéenne et à peu de distance de la frontière égyptienne. L'endroit qui signale un



Intérieur du bloc opératoire.

puits (Bir en arabe) est un carrefour de route sans relief particulier dans un paysage désertique. Et les Français ont la lourde tâche de défendre le flanc sud de la 8ème armée britannique, autant dire dans le contexte militaire de l'époque une mission de sacrifice pour l'honneur... La Brigade française de 3700 hommes est un corps hétéroclite composé de légionnaires ayant combattu à Narvik pour certains, de républicains espagnols et de représentants de tout l'Empire colonial français. L'armement est aussi composite, mais en nombre. Au début de l'engagement, Koenig dispose de dix jours de ravitaillement et de vingt mille obus de 75. Le couple Lemanissier rejoint les FFL dans l'Ambulance chirurgicale mobile Hadfield Spears du nom d'une généreuse donatrice britannique, Lady Spears, qui déjà lors du précédent conflit avait financé au service de l'Armée française cette unité mobile. Les deux camions opératoires, surnommés la "Cathédrale" ont été construits au Caire sur les plans du mari et le couple y exercera dans les conditions extrêmement difficiles du siège sous une chaleur torride, des nuits glaciales et les bombardements, avec une ration d'eau quotidienne passant de 3 à 1,5 l par jour et par personne. L'ambulance est alors dirigée par une forte personnalité de la chirurgie, le colonel Fruchaud, et Louise-Marie Lemanissier y donnera les soins et l'anesthésie. Mais elle ne sera sans doute pas la seule et des interventions essentiellement d'amputation auront lieu dans les postes avancés. La technique semble s'être limitée à l'usage du masque d'Ombredane : les progrès que connaissaient les médecins anglo-saxons en matière d'anesthésie intraveineuse n'avaient malheureusement pas diffusé dans la médecine française de l'époque où l'anesthésie était considérée comme une tâche médiocre et supplétive confiée au "dernier dans le grade le moins élevé" de l'échelle médicale (1, 2). Les deux camions opératoires seront détruits au cours de raids aériens. Après dix-sept jours de siège, la première BFL forcera le siège le 10 juin 1942 pour rejoindre les troupes britanniques qui ont bénéficié du délai nécessaire à la préparation de la victoire d'El Alamein. Les pertes seront évaluées à 40% des troupes engagées, mais les troupes allemandes et italiennes ont usé beaucoup de leur potentiel matériel et humain sur le réduit français.

Ce sursaut de résistance sera bien sûr salué par les Alliés mais aussi par leurs adversaires et *l'Illustration*, revue vichyste s'il en est, reconnaîtra leur courage tout en omettant la réussite de leur sortie du piège. "Bir Hakeim, position britannique au sud de Tobrouk, est tombée le 11 juin. Le gros des efforts du général Rommel devant porter sur cette place, sa défense avait été confiée, en raison de son importance et du péril de sa situation, à des Français dissidents. Ceux-ci résistèrent héroïquement sous un feu d'enfer durant plus de dix jours. Les survivants ont été fait prisonniers".

Le couple retournera en Syrie jusqu'à la fin du conflit pour une activité strictement médicale. Une fois démobilisé, il s'installera au Mans, chacun retrouvant sa spécialité d'origine. Louise-Marie Lemanissier passera sa thèse de médecine en 1947, consacrée à la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie. Elle décèdera en 2007 dans sa centième année, après une longue carrière et un engagement associatif important. Les conditions de la prise en charge anesthésique dans les unités médicales françaises s'amélioreront sensiblement au cours du conflit et poseront les bases de l'enseignement de la future spécialité (3).

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier son confrère, le docteur et médecin anesthésiste-réanimateur Denis Lemanissier (Le Mans) pour son aide bibliographique et iconographique et surtout pour sa lecture attentive du texte .

FEMME ET MÉDECIN À BIR HAKEIM : LOUISE-MARIE LEMANISSIER

NOTES

- (1) WAISEL DB. - "The role of World War II and the European theater of operations in the development of anesthesiology as a physician specialty in the USA", *Anesthesiology*. 2001; 94:907-914.
- (2) MARTIN DP, BURKLE CM, MCGLINCH BP, WARNER ME, SESSLER AD, BACON DR. - "The Mayo Clinic World War II short course and its effect on anesthesiology", *Anesthesiology*. 2006 ; 105 :209-213.
- (3) GOURSOLAS F. - "Soins donnés à des blessés de la Première Armée française en 1944 et plus particulièrement à des gnomiers", *Histoire des Sciences Médicales*, 29, 1995, 47-55.

RÉSUMÉ

Étonnant parcours que celui de Louise-Marie Lemanissier . Quelques jours après le 18 juin 1940, elle rejoint avec son mari la Grande-Bretagne D'abord affectés en tant que médecins au dépôt des Forces Françaises Libres (FFL) ils suivront au Levant les unités FFL. La 1ère Brigade FFL s'installe à Bir Hakeim le 13 février 1942. Le couple Lemanissier la rejoint dans l'Ambulance chirurgicale mobile Hadfield Spears. Louise-Marie Lemanissier y donnera les soins et l'anesthésie. La technique semble s'être limitée à l'usage du masque. Après 17 jours de siège, la première FFL forcera le siège avec des pertes évaluées à 40% des troupes engagées. Le couple retournera en Syrie jusqu'à la fin du conflit. Il s'installera ensuite au Mans. Louise-Marie Lemanissier passera sa thèse de médecine en 1947, consacrée à la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie. Elle décèdera en 2007 dans sa centième année.

SUMMARY

Medical and military history of Louise-Marie Lemanissier was amazing. A few days after June 18, 1940, with her husband, she joined Great Britain. First assigned as doctors to the Free French Forces (FFL), they then followed in the Levant FFL units. The First FFL Brigade moved to Bir Hakeim on February 13, 1942. The Lemanissier couple joined it in the Hadfield Spears Mobile Surgical Ambulance. Louise -Marie Lemanissier provided care and anaesthesia. Technique seems to have been limited to the use of the Ombredane's mask. After 17 days of siege, the FFL forced the siege with losses estimated at 40% of the engaged troops. The two of them returned to Syria until the end of war. They then settled in Le Mans. Louise-Marie Lemanissier passed her medical thesis in 1947, devoted to serotherapy in the treatment of diphtheria. She died in 2007 in her hundredth year.

Un défi chirurgical depuis l'Antiquité : reconstruire le nez *

*A surgical challenge since Antiquity :
rebuilding the nose*

par Jacques CHEVALLIER **



Fig.1 : *Syphilis tertiaire (début XXème siècle).*

L'amputation accidentelle (duel, guerre, supplice...) ou pathologique (lèpre, syphilis (Fig.1), lupus tuberculeux) du nez était assez fréquente autrefois. Cette mutilation avait pour conséquence d'afficher son état d'infamie et toujours un préjudice esthétique qui faisait reculer d'horreur ! Les chirurgiens ont dû faire face à une demande de réparation et, selon les époques, proposer de véritables interventions plastiques, que certains (1) ont appelées "la fabrique du nez", en se référant à la *Fabrica* de Vésale. Notons d'emblée que la complexité de ces opérations a effrayé d'autres chirurgiens (Fallope, Paré) qui ont préféré proposer une prothèse (appelée épithèse de nos jours). Il est, comme toujours en histoire de la médecine, intéressant de noter les vicissitudes des connaissances médicales, les transmissions du savoir et de tenter d'expliquer les raisons de l'oubli pendant deux siècles de l'opération géniale de l'Italien Gaspare Tagliacozzi.

* Séance de décembre 2017.

** 15, rue Guilloud, 69003 Lyon.

Les origines indiennes et le lambeau jugal

Le *Sushruta Samhita* est le corpus des œuvres médicales et chirurgicales de Sushruta, de ses suiveurs et compilateurs, élaboré entre environ 600 av. J.-C. (date approximative du premier Sushruta) et le IV^{ème} siècle ap. J.-C. (un autre Sushruta compilateur de la version actuelle). Il constitue un des deux ouvrages essentiels de l'*Ayurvédā* ou "livre de la connaissance de la vie" (2). La chirurgie regroupe huit parties : *Chedya* (excision), *Lekhya* (scarification), *Vedhya* (ponctures), *Esha* (exploration), *Ahrya* (extraction), *Vsraya* (évacuation) et *Sivya* (sutures) (3). Sushruta insiste sur la précision du geste, de l'hémostase, et de nombreux instruments chirurgicaux sont décrits. La chirurgie reconstructive est bien représentée dans cette somme chirurgicale et représente une spécialité de la chirurgie indienne (réparation des oreilles déformées par le port de boucles, à l'instar de celles de Bouddha, des lèvres et réparation du nez ou rhinoplastie "morceau de bravoure de la chirurgie indienne (4)"). La raison principale en est le châtiment appliqué aux voleurs : la section du nez qui les mettait au ban de la société. La technique décrite est celle d'un lambeau jugal, découpé de bas en haut, selon un patron de la perte de substance à reproduire, dessiné sur une feuille végétale. La partie receveuse du nez doit être scarifiée et l'adhésion entre les deux parties doit être parfaite ; deux drains sont placés dans les narines. L'ensemble est recouvert d'extrait de plantes puis de coton imbibé d'huile de sésame réalisant un véritable tulle gras. Remarquons que ce lambeau jugal à pédicule supérieur ne sera pas évoqué ultérieurement. Sushruta recommande le vin pour son effet anesthésiant. Il est considéré comme le plus grand chirurgien de l'ère pré-médiévale, notamment par Rhazès.

Dans l'Antiquité européenne

La chirurgie d'Hippocrate (5) (IV^{ème} siècle av. J.-C.) est muette sur les reconstructions. Le *Traité de médecine* de Celse (1^{er} siècle ap. J.-C.), chapitre IX du livre VII "De la manière de restaurer et de guérir les mutilations des oreilles, des lèvres et du nez", dit : "Les mutilations légères de ces trois organes sont réparables ; mais un peu étendues, elles ne comportent pas d'opération, ou deviennent, si l'on en fait une, plus choquantes après qu'avant (6)." Il conseille de tracter le tégument sans excès ; ce qui exclut cette technique sur le milieu du nez et sur la partie inférieure des narines.

La Renaissance italienne

Les précurseurs de Tagliacozzi

La première référence de la greffe du nez se trouve dans une lettre à Orpianus, publiée en 1558 (*Epistolae*), et écrite par Elisio Calenzio (Calentius) décédé vers 1503: "Si vous souhaitez avoir votre nez réparé, venez me voir en Italie. Vraiment la chose est merveilleuse. Branca, un Sicilien, un homme d'une grande habileté, a appris l'art de restaurer le nez, soit en y suppléant par une partie du bras du patient, ou en fixant la partie du nez d'un esclave (7)." Effectivement des chirurgiens du sud de l'Italie, les Calabrais Benedetti, Viana, Boiani, les Siciliens Gustave Branca et son fils pratiquaient cette opération avec avantage, et cela dès la fin du XV^{ème} siècle. Alessandro Benedetto, Gabriele Falloppio (1523-1562), Ambroise Paré et Vésale racontent souvent cette opération par ouïe dire, donc de manière fallacieuse.

Tagliacozzi n'est donc pas l'inventeur de cette technique : il s'en est inspiré en l'affinant, en la décrivant et en l'illustrant. Avant la publication de son traité en 1597, Tagliacozzi et sa méthode sont nommés dans le *De decoratione liber* (8) (Fig. 2) (*Le livre de l'embellissement*) de Girolamo Mercuriale (1530-1606) en 1585 (voir la traduction en



Fig. 2 : *Mercuriale* G. De decoratione liber 1585.

annexe 1). Une lettre de Tagliacozzi à Mercuriale, datée du 22 février 1586, va paraître en 1587 dans la seconde édition du *De decoratione liber* (9). Il répond aux critiques et contre-vérités formulées contre sa technique du lambeau brachial (voir la première traduction en français par J. Vons en annexe 2).

Gaspare Tagliacozzi (1545-1599)

Né à Bologne fin février 1545 (baptisé le 2 mars à la cathédrale San Pietro) (10), Tagliacozzi est issu d'une riche famille de tisserands de soie. Il y commence des études de médecine à l'âge de 19 ans. Les maîtres de l'époque s'appelaient Girolamo Cardano, Giulio Cesare Aranzio (anatomiste et chirurgien dont l'influence fut primordiale : il enseignait aussi la reconstruction du nez !) et Ulisse Aldrovandi (11). Il devient professeur d'anatomie en 1570, puis de chirurgie, à l'université de Bologne. Son épouse, Isabella de Sementi, met au

monde son fils Gaspare le 11 août 1573, mais décède peu après. Il se remarie le 10 octobre 1574 avec Giulia Carnali et aura deux filles puis trois garçons : Giovanni Andrea (1580), Ippolito (1581-1586) et Antonio (?). En 1576, il obtient ses grades en philosophie et est admis aux Collèges de médecine et philosophie. Dès 1579, il est placé en second rang, derrière son maître Aranzio, pour conduire une démonstration anatomique publique. On ne sait comment il eut connaissance de ces techniques empiriques, non publiées, pratiquées par ces habiles chirurgiens calabrais ou siciliens ; toujours est-il qu'il est connu pour pratiquer la greffe de nez dès 1585 et qu'il va mettre une douzaine d'années pour écrire et illustrer son livre. Sa renommée va le faire appeler par des princes d'Italie, tel Don Virginio Orsoni, neveu de Ferdinand Ier, grand duc de Toscane ou Vincent Gonzague, duc de Mantoue, qui deviendra le dédicataire de son fameux livre paru en 1597. Il décède deux ans plus tard, le 7 novembre 1599 à Bologne. Il est inhumé

selon ses souhaits dans l'église des religieuses de San Giovanni Battista. Le 26 novembre, un éloge funèbre fut prononcé par l'humaniste Muzio Piacentini qui conte qu' "on ne l'appelait pas Tagliacozzi mais Hippocrate". Mais en janvier 1600 court une étrange rumeur : les religieuses avaient entendu une voix annonçant la damnation de celui dont elles avaient recueilli le corps ! Il n'est pas anodin pour certains de modifier l'agencement du visage créé par Dieu ! Elles l'exhumèrent pour le placer hors des murs de l'église. L'Église fut plus sage et un jugement innocent le suspect et ordonna que son corps fût reporté dans l'église initiale... Rapidement sa technique fut oubliée pendant près de deux siècles, tombée dans l'oubli puis dans le ridicule au XVIIIème siècle. La Faculté de Bologne honora sa mémoire en 1734 par une statue placée dans le théâtre anatomique de l'*Archiginnasio* : sa main tient un nez, comme emblème de son art ! Le livre fut un succès ; la même année, un autre éditeur vénitien, Roberto Meietti, publie une édition pirate (12) ; en 1598, une contrefaçon allemande *in octavo* est publiée sous un titre différent : *Cheirurgia nova...* (13). Enfin, en 1831, une quatrième et dernière édition, berlinoise (14), voit le jour à l'instigation du Dr Maximilien Trochsel, dédiée à Dieffenbach.



Fig. 3 : *Portrait de Tagliacozzi*
(Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologne).

Au moins trois portraits peints présumés de Tagliacozzi existent : l'un attribué à Tiburzio Passarotti (1553-1612) se trouve à Bologne à l'*Istituto Ortopedico Rizzoli* (Fig.3), un autre très controversé au musée d'Histoire de la médecine de Paris. Ce dernier, peint par un anonyme du XVIème siècle, a une histoire passionnante (15) : rappelons simplement qu'il était considéré comme le portrait d'Ambroise Paré jusqu'au début du XXème siècle ! Quant à la statue de Silvestri Gianotti de 1734 du théâtre anatomique de Bologne, elle a été détruite avec une partie de l'*Archiginnasio* lors de la dernière Guerre mondiale, le 29 janvier 1944, mais elle a été reconstruite depuis à l'identique (Fig. 4).

Son chef d'œuvre : *De curtorum chirurgia per insitionem*

En 1597 paraît donc à Venise, chez Gaspare Bindoni, son traité in-folio de 298 pages : *De curtorum chirurgia per insitionem libri duo, Les deux livres de la chirurgie des mutilations au moyen de la greffe* [trad : J.Vons] (16), illustré de 22

planches gravées sur bois (17) (Fig. 5). L'ouvrage comporte un magnifique frontispice gravé sur cuivre avec deux colonnes d'un portique classique, sur lesquelles s'appuient Hippocrate, *Divinus Hippocratus*, Coud et Galien, *Sapientissimus Galenus*, Pergamenus. La corniche du portique porte les armoiries du duc de Mantoue et, entre les piédestaux,



Fig.4 : Statue reconstruite de Tagliacozzi tenant un nez à la main (Archiginnasio Bologne).

se trouve une petite gravure représentant l'ange Raphaël conduisant le jeune Tobie, un poisson à la main : marque des imprimeurs de la famille Bindoni. La page de titre, en rouge et noir, reprend cette allégorie. Le premier volume expose la théorie de son art et se termine par les 22 planches, suivi du deuxième tome où il décrit sa pratique. La théorie est exposée : "Les lèvres, le nez et les oreilles sont des substances comparables à la peau et il ne peut se faire que ce qui a été coupé repousse. C'est pourquoi les premiers auteurs de cet art prennent la peau d'une partie du corps et l'accommodent à cet usage. Il s'agit de restaurer l'intégrité et la dignité d'une partie blessée. À l'imitation des greffes des arbres, cette technique était considérée comme satisfaisante en raison de la parenté du matériau greffé avec la substance de la partie lésée. Aucune partie du corps ne peut être plus aisément séparée et transférée que la peau. [...] La greffe doit être prise d'une partie du corps la moins visible et qui peut être aisément cachée. La principale considération, en la matière, est que l'opération com-

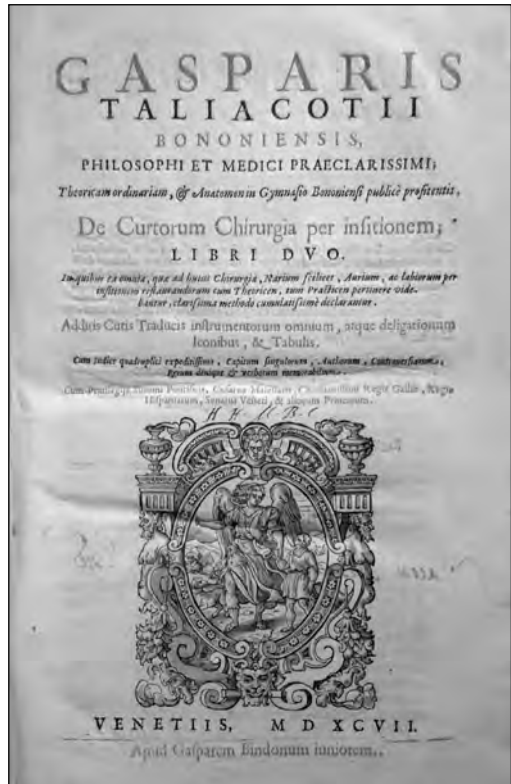


Fig. 5 : Tagliacozzi G. De curtorum chirurgia per insitionem, 1597.

porte aussi peu de danger que possible. Une partie comme le bras remplit bien l'ensemble de ces conditions. On peut dire qu'elle est la plus convenable. La peau de la partie la plus supérieure du bras est très similaire à celle des lèvres et du nez (18)." Il ajoute plus loin : "En fait, le lambeau de peau peut provenir d'un autre. Nous pouvons le prouver et par l'autorité des Anciens et par la raison. Si on considère la chaleur naturelle et innée du corps humain, aussi bien que la nature des tempéraments et leurs affinités, on comprendra qu'il n'est pas absurde de penser que le greffon puisse être séparé et pris du corps d'un autre.[...] Pourquoi la peau d'une personne ne pourrait-elle pas servir de greffon pour une autre ? [...] Mais il est clair que, si le chirurgien essayait de prendre le greffon sur une autre personne, l'issue de l'opération serait risquée. Le lambeau de peau doit être fermement suturé au nez mutilé ou aux lèvres jusqu'à ce que les parties se cicatrisent. Il y a plus ; nous devons restreindre les mouvements autant que possible de crainte que



Fig. 6 : Tagliacozzi G., De curtorum... planche 8.

l'union délicate des parties ne s'accomplisse. Est-ce que deux personnes consentiraient à rester ainsi liées ensemble pour une période aussi longue ? Assurément, j'ai du mal à l'envisager. J'en serais moi-même bien incapable. Comment pourrions-nous réaliser la greffe pour que s'accomplisse l'union nécessaire des parties ? Il serait bien difficile, pour les sujets, de se nourrir, de dormir, de s'asseoir, d'être debout ou de remplir n'importe quelle autre nécessité vitale (19) !"

La technique talcotienne peut se résumer aux six temps opératoires suivants : - détachement d'un lambeau de la peau du bras ; - détachement du pédicule à son troisième bord ; - avivement du moignon du nez et fixation du lambeau brachial aux bords de la plaie (Fig. 6) ; - détachement complet du lambeau après qu'il a contracté des adhérences avec le moignon nasal ; - formation des narines et du septum ; - fixation du septum à la lèvre supérieure (20).

Grâce à ces gravures, nous pouvons suivre l'intervention sur un jeune gentilhomme au visage défiguré ! Tagliacozzi a nommé dans le

texte deux patients : un chevalier de Malte blessé au nez lors d'un duel et un moine bénédictin mutilé d'une oreille. Le jeune homme est introduit, pris en charge par le maître et deux assistants. Dans un premier temps qui va durer plusieurs jours, la zone donneuse est massée, flagellée, mobilisée pour la détendre et lui donner de l'épaisseur. Les instruments

sont sur la table : couteaux et ciseaux à deux ou trois branches (planches 1 et 2). Le chevalier est assis sur une chaise, montrant de profil son nez mutilé, la pièce est éclairée par une fenêtre montrant la campagne (planche 3). Son bras gauche est étendu, appuyé sur un bâton, et montre la partie supérieure où la greffe aura lieu. Sur la planche 4, un assistant soulève avec les ciseaux la portion de peau et Tagliacozzi pratique deux incisions parallèles et passe un morceau de linge sous la peau soulevée. La blessure du nez est vue de face. Ce deuxième temps va durer plusieurs jours : extension du lambeau et recherche d'une cicatrisation de la surface saignante par l'utilisation d'onguents. En même temps les bords de la plaie du bras sont rapprochés avec des bandelettes agglutinatives. Ce n'est que quand cette plaie est réunie et que le lambeau est cicatrisé que l'autoplastie est possible. Celle-ci est préparée pendant quelques jours en mettant le bras du patient en position dans sa camisole avec capuchon. Un gantelet muni de courroies est fixé sur le capuchon. Une série de courroies venant de la main, du capuchon et du thorax bloque le coude. Dans un troisième temps, la camisole étant en place, le nez et les bords du pont rétracté sont avivés (il a été préalablement détaché sur un troisième côté). Un patron en carton ou en cuir modèle le lambeau, puis celui-ci est appliqué sur le nez et suturé par des points. Cette position stricte est observée 20 jours, puis les sutures sont enlevées, la base du lambeau coupée et le membre supérieur libéré ! Dans un quatrième temps, Tagliacozzi taillait dans la base un pédicule qui devait constituer une sous-cloison et formait deux trous ovales pour les narines. La partie inférieure était avivée et suturée, les narines écartées par des tentes de linge puis ultérieurement par des tuyaux métalliques, le temps de la cicatrisation.

Tagliacozzi est un anatomiste et un opérateur exceptionnels ; pour Banzet "il est l'un des premiers à abandonner le rite ancestral du secret de son art ; le premier, également, à donner une base anatomique et physiologique à ses techniques." Son but : "nous réparons ces parties de la face que la nature a données mais que les circonstances de la vie ont enlevées, pas tellement pour le plaisir des yeux mais bien pour remonter le moral des patients qui en sont affligés (21)." Et pourtant l'oubli, le doute de la réalité même de l'intervention ou sa ridiculisation vont exister pendant deux siècles. Nous reviendrons dans une dernière partie sur les raisons de l'oubli de la méthode talcotienne.

Le renouveau de la méthode par J. C. Carpue : la méthode anglaise

Joseph Constantine Carpue (1764-1846) (22)

Né le 4 mai 1794 à Brook Green, aujourd'hui quartier de Londres, il est élève du collège jésuite de Douai, puis élève en chirurgie du *St George's Hospital* à partir de 1796, élève d'Everard Home et de George Pearson. Il voyage beaucoup et aurait rencontré von Graefe à Berlin. Il devient chirurgien en 1798, se marie en 1799 (et aura un fils et cinq filles) et devient un ardent vaccinateur. Il devient en 1800 professeur d'anatomie et de chirurgie au *York Hospital* et ses leçons sont renommées. Ses intérêts se portent aussi sur le galvanisme et la lithotomie. Il est élu en 1817 membre de la *Royal Society* et continue à enseigner jusqu'en 1832. En 1841, il est victime d'un accident de chemin de fer et subit de nombreuses contusions. Souffrant de bronchite, il décède à Londres le 30 janvier 1846. Son buste est érigé au *St George's Hospital* en 1888 par sa dernière fille survivante, Emma. On lui doit, en dehors du traité *A description of the muscles of the human body* en 1801, *An introduction to electricity and galvanism* en 1803 et *A history of the high operation for the stone, by incision above the pubis* en 1819.

Naissance de la méthode anglaise

Les Anglais découvrent, à la fin du XVIII^{ème} siècle, la méthode traditionnelle indienne de réfection nasale. En 1792, des médecins militaires de Bombay décrivent cette méthode dans la *Gazette de Madras*. En 1794 sous les initiales B.L., le *Gentleman's Magazine* publie un article adressé à l'éditeur (23); il décrit une opération de reconstruction du nez chez un Indien (Cowasjee), conducteur de bœufs dans l'armée anglaise. Prisonnier à Tippoo pendant la guerre de 1792, il avait eu une main et le nez coupés. Un an après, il fut opéré du nez avec succès par un chirurgien indien de la caste des Mahratta, à Kumar. Une célèbre illustration montrant le résultat accompagne cet article. Il ne s'agit plus de l'antique lambeau jugal mais d'un lambeau frontal ! Cette publication est importante, car c'est le premier cas rapporté en Europe de la méthode indienne de rhinoplastie par lambeau frontal. Cela a conduit à la redécouverte de la méthode italienne et à l'amélioration des techniques (voir annexe 3). En 1798, John Ferriar (1761-1815) publie à Londres, via le *Tristram Shandy* (1759-1767) de Laurence Sterne (1713-1768), un exposé et une défense de la méthode de Tagliocozzi (24).

« *Restoring a lost nose* »



Fig. 7 : *Carpue J. C. Restoring a lost nose...*
1816, planche 3.

Après un grand nombre d'essais sur le cadavre, Carpue effectuée en 1814 et 1815, avec succès, les deux opérations qui seront relatées dans son célèbre ouvrage (25) imprimé en décembre 1815. Le premier patient (il s'agit du Capitaine Williamson, non nommé) est porteur d'une destruction du nez par syphilis tertiaire. L'ouvrage (*An account of two successful operations for restoring a lost nose from the integuments of the forehead*) paraît à Londres en 1816 et comprend deux parties : des *Remarques historiques et physiologiques* de 80 pages (où sont exposées les méthodes indienne et italienne), puis un *Apport de deux cas de l'opération nasale* de 17 pages. Trois des cinq planches, dessinées par Charles Turner, sont colorées et montrent les étapes de la reconstruction (fig. 7). Les réactions furent importantes tant en Grande-Bretagne que sur le continent ;

ainsi Karl von Graefe le fit traduire en allemand l'année suivante avec une préface originale et publia, à son tour, son *Rhinoplastik* en 1818 (voir annexe 4).

Karl von Graefe, la rhinoplastie et la méthode allemande

Karl Ferdinand von Graefe (1787-1840)

Né le 8 mars 1787 à Varsovie, von Graefe (ou Gräfe) étudie la médecine à Halle puis à Leipzig, devient professeur de chirurgie et directeur de l'institut d'ophtalmologie de l'université Humboldt de Berlin en 1811. Après la paix de 1815, il est nommé médecin du grand État-Major général de l'Armée prussienne puis directeur du *Friedrich Wilhelm Institute* et de l'Académie médico-chirurgicale de l'hôpital de la Charité de Berlin. Ses

travaux portent sur la chirurgie plastique (il est l'inventeur des termes rhinoplastie et blépharoplastie) et l'ophtalmologie. Il décède le 4 juillet 1840 à Hanovre.

La méthode allemande

Cette méthode est une modification de l'ancienne méthode italienne en abrégant les temps opératoires. Toutefois cette idée avait déjà été exposée en France en 1719 par Reneaume de la Garonne (26). Selon Sprengel (27), C. F. von Graefe avait déjà pratiqué l'opération talcotienne à Berlin en 1816, avant la parution de l'ouvrage de Carpué. Graefe reproche à cette méthode sa longueur excessive et à l'indienne la cicatrice occasionnée sur le front, réalisant une nouvelle infirmité. Il perfectionne donc la méthode italienne en prenant la pièce de peau manquante sur l'avant-bras mais il conseille "de l'unir au moignon du nez aussitôt après qu'il est taillé". Cette "méthode allemande", en évitant la perte du quart de la surface prélevée du fait du rétrécissement inhérent à la préparation talcotienne, réduit aussi la cicatrice du bras; de plus la peau fraîche est moins épaisse et plus adaptable au moignon.

Le "Rhinoplastik oder die Kunst den Verlust der Nase organisch zu ersetzen..." (28)

(La rhinoplastie ou l'art de la restauration organique du nez, son état antérieur et les nouveaux procédés qui l'ont perfectionné)

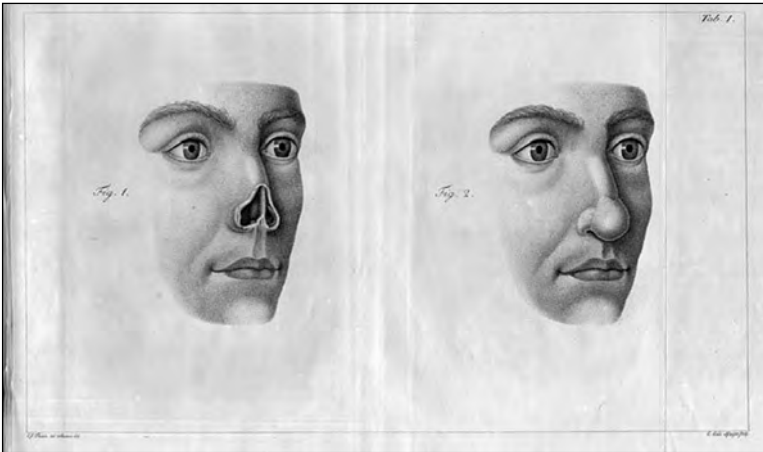


Fig. 8 : Von Graefe K. F. Rhinoplastik... 1818, planche 1.

Sa technique est exposée en trois temps opératoires : - transplantation du lambeau du bras : préparation, mensuration, avivement du moignon, introduction de ligatures puis excision du lambeau et application de celui-ci sur le moignon avivé. Une fois le lambeau fixé, un pansement est réalisé et le bras est fixé à la tête avec précision. Les sutures sont enlevées dès que la réunion semble obtenue, mais jamais avant 72 heures. - séparation totale du lambeau : elle ne doit se faire que quand la réunion a parfaitement réussi. - formation de la cloison nasale : elle se fait 15 jours après la séparation du lambeau, immédiatement après la confection des ouvertures pour les narines.

Le renouveau de la chirurgie plastique

L'importation de la nouvelle méthode indienne (par lambeau frontal) et la technique de lambeau direct inspirée de la méthode italienne sont à l'origine du renouveau de la chirurgie plastique ou réparatrice.

En Allemagne

La paternité du terme de chirurgie plastique revient à Eduard Zeis en 1838 (*Handbuch der Plastischen Chirurgie*, Berlin). Toute une école allemande de chirurgie plastique est née avec D'Ammon, Beck, Benedict, Blasius, Dietz, Dieffenbach, Reiner, Rust, Zeis.

En France

Dominique Larrey (1766-1842) propose en 1820 une technique de double lambeau jugal permettant de corriger chacun une moitié de nez ; cela dans le but de minimiser la cicatrice jugale. Cette technique, appelée "méthode française" (29) à l'instar des précédentes, sera améliorée par Jacques Mathieu Delpech (1777-1832), professeur de chirurgie à Montpellier. Il publie *Chirurgie clinique de Montpellier* en 1823-1828 où l'on trouve sept cas de rhinoplastie. La première rhinoplastie par méthode indienne avec succès en France date de 1823. Notons aussi les travaux importants de Serre, Blandin, Labat, Jobert et Lisfranc dans ce domaine. Les tentatives de greffe libre, greffe de peau totale s'opposant à la greffe pédiculée, ont été le plus souvent infructueuses, même si quelques rares succès ont été décrits. Il faudra attendre la deuxième moitié du XIXème siècle avec Jacques-Louis Reverdin (1830-1900) à Genève en 1869 et Léopold Ollier (1830-1900) à Lyon en 1872 pour que la technique des greffes libres apparaisse (30).

Pourquoi la technique italienne a été oubliée pendant deux siècles ?

Après la mort de Tagliacozzi, la rhinoplastie tombe de nouveau dans l'oubli ! Plusieurs auteurs (Thomas Fienus, J.B. Cortesi, Hildanus, Antoine Molinetti) vont tout de même en parler dans leurs écrits mais de manière peu crédible et les suiveurs (Crucius, Heister, Éloy...) en parleront tous de manière défavorable. En 1742, la Faculté de médecine de Paris pose la question : *An curtae nares ex brachio reficiendae ?* La réponse est non !

Les raisons invoquées par les re-découvreurs du XIXème siècle, à nos jours : - le caractère exceptionnel de la blessure du nez. Cet argument recevable est pourtant réfuté par Delaporte qui cite de nombreux cas de nez mutilés par vengeance ou par automutilation : "*Point de pénurie de nez coupés en Europe*". (31) ; - l'origine populaire et régionale de l'intervention qui la dévalorisait ; - les nombreux inconvénients de l'opération, les contraintes liées à la préparation et au temps de prise de greffe, l'immobilité requise, la pénibilité importante : la gravure du patient harnaché a certainement dissuadé plus d'un blessé ou d'un chirurgien ! Au point que certains chirurgiens du XIXème siècle tel Percy, doutaient de la réalité de l'intervention talcotienne. Les objections qu'avaient formulées, en leur temps, Vésale, Fallope et Paré, étaient réapparues ; - le faible tirage de la première édition et le décès précoce de Tagliacozzi ; - l'attitude hostile de l'Église ? ; - le déclin relatif de la chirurgie au XVIIème siècle ? ; - au XVIIème siècle, des médecins comme Van Helmont rapportent d'étranges récits de nez greffé tombé en putréfaction à la mort du donneur ! On parle aussi de la greffe d'un lambeau fessier de donneur ! Ainsi en Angleterre Samuel Butler (1612-1680) dans le poème *Hudibras* (1663) caricature la science expérimentale et en particulier Tagliacozzi :

"Ainsi Talicot d'une fesse
savait tailler avec adresse
Nez tout neufs, qui ne risquaient rien,
Tant que le cul se portait bien ;
Mais si le cul perdait la vie,
Le nez tombait par sympathie."

Cela est repris par Voltaire : “Taliacotius, Grand Esculape d’Étrurie [...] prenait adroitement un morceau du cul d’un pauvre homme, l’ajustait au nez proprement [...]. Enfin, il arrivait qu’en somme, tout juste à la mort du prêteur, tombait le nez de l’emprunteur. Et souvent dans la même bière, par justice et par bon accord, on remettait, au gré du mort le nez auprès de son derrière.” Le chirurgien Dionis décrit l’opération mais est dubitatif : “Je crois ces histoires apocryphes, et je les prends plutôt pour des contes faits à plaisir, que pour des faits véritables.” Il faut attendre les expériences de greffes animales de Duhamel du Monceau et de John Hunter pour que l’on réactualise les récits de réimplantation (immédiate) de nez coupé par Fioravanti, Blégny, Croissant de Garengot... mais l’opération de Tagliacozzi, faite hors urgence, n’est pas une remise en place simple d’un nez blessé mais une véritable reconstruction qui ne s’adresse pas à la même clientèle ! En fait, les conditions de mise en œuvre étaient exceptionnelles : - la mutilation n’était pas traitée dans l’urgence habituelle de la chirurgie ; - elle ne pouvait concerner que des patients aisés ; - le résultat esthétique devait être très approximatif....

En conclusion

La méthode indienne est remarquable par sa priorité, sa constance et son excellence ; ce qui n’enlève rien au lambeau brachial italien inouï et pionnier ! “La grande chirurgie plastique moderne par lambeaux tubulés dérive d’ailleurs incontestablement de la greffe italienne et l’on peut véritablement dire que le chirurgien bolonais est le père de la chirurgie plastique” selon De Mourgues (32). Finalement pour Delaporte “le médecin de Bologne est le premier qui a évoqué la possibilité d’une allogreffe partielle de la face.” Celle-ci (menton, lèvres et nez), chez une femme blessée gravement par son chien, aura lieu en première mondiale le 27 novembre 2005 à Amiens sous la direction de Bernard Devauchelle....

ANNEXE 1

In MERCURIALE G. *Traité des maladies de la peau, suivi du Livre de l’embellissement* (traduction du latin par P. Gombert et J. Chevallier). Lyon, Laboratoire dermatologique Bioderma, 2008, p. 295-296 (Le livre de l’embellissement, chap. XVII *Des fissures de la peau*) [trad. P. Gombert et J. Chevallier]

Et si les crevasses se produisent à cause du mal français, leur traitement concerne ceux qui soignent le mal français. Parfois, elles ont coutume d’affecter les narines, les oreilles et les lèvres à un point tel que ces parties sont déchirées. Il arrive aussi habituellement que souvent le nez et les oreilles soient amputés, soit à la guerre, soit pour une autre raison, de sorte que le visage en est énormément enlaidi. Dans ces cas, si les parties déchirées sont privées de morceaux petits et peu abondants, la méthode de traitement est d’inciser de nouveau ces parties jusqu’à ce que le sang coule, et que leur union soit de nouveau réalisée avec des médicaments appropriés : cela réussit habituellement à souhai dans les affections les plus bénignes. Mais si de grandes parties manquent aux nez ou aux oreilles, il est nécessaire seulement de fabriquer ces parties perdues ; et la méthode de fabrication est de remplir les parties déchirées avec cette pâte dont on fait les masques ; en effet habituellement cette pâte imite avec tant d’art la chair vivante que souvent ces défauts ne sont pas distingués. Mais, pour les narines, cela, habituellement, ne soulage pas absolument les hommes atteints : et à cause de cela, à notre époque, on détecte très facilement ceux qui refont leurs nez. Car en Calabre, on trouve avec certitude des gens qui refont leurs nez. À Bologne aussi se trouve son Excellence Tagliacozzi qui, alors que j’étais à Bologne, m’a indiqué récemment deux personnes à qui il avait refait le nez.

Certes, la chose n'est pas identique au point de ne pouvoir distinguer l'illusion, mais c'est très proche. Et j'espère qu'il arrivera que dans l'avenir, cette opération progressera vers une perfection plus grande. Voici quel est le mode opératoire, pour en parler brièvement. On incise la partie de nez amputée et on enlève un peu de peau et aussi un peu de chair au muscle du bras ; et on place, très étroitement serrées, les narines ainsi incisées à l'intérieur de cette ouverture du bras, et on s'efforce de les y conserver assez longtemps pour que les narines et la chair du bras deviennent unies et collées ensemble ; une fois que c'est fait, on coupe la chair tout autour avec un poignard très aiguë, et on enlève les narines retirées de cette partie. Ensuite avec des poignards on les façonne et on les forme à l'image perdue des narines. Enfin on recouvre les narines d'une canule en plomb ou en argent (si je ne me trompe pas), et on les soigne de telle sorte que cette chair finisse par devenir dure et fasse comme une peau. Fallope disait que cette opération était extrêmement douloureuse et qu'il préférerait avoir le nez amputé plutôt que de subir cette torture. Mais moi, je suis d'un avis totalement opposé, parce que la chose se fait sans danger et, comme me l'a rapporté Tagliacozzi, en un laps de temps de peu de jours. En effet, si je ne m'abuse, il a dit que lui-même avait accompli ce travail en moins de trente jours."

ANNEXE 2

In MERCURIALE G. *De decoratione liber*, seconde édition de Francfort, 1587, p. 115-120 [trad. J.Vons]

Ces explications préalables ayant été publiées, le très érudit Tagliacozzi écrivit à l'éminent Mercuriale une lettre datée de Bologne par laquelle la méthode pour reconstituer des nez était expliquée brièvement mais avec rigueur. Parce que nous avons considéré qu'elle concernait au premier chef notre sujet, et qu'elle n'était pas sans intérêt pour ceux qui étudient la médecine, nous avons pris soin de la joindre à ce passage.

Gaspere Tagliacozzi à Girolamo Mercuriale, salut.

Vous m'avez récemment mandé par lettre, très illustre seigneur, la méthode pour refaire les nez ; je vous la donne aujourd'hui avec plaisir, mais brièvement et au fil de la plume. Je ne peux en effet m'attarder longtemps sur ce point, car d'une part je suis trop tenu par mes activités médicales en ville, et d'autre part, une charge de leçons à faire dans ses portes mêmes est imminente.

C'est pourquoi je me contenterai de tracer les grandes lignes de la chose, comme une esquisse faite en vue d'une peinture, car j'ai décrit dans un traité individuel tout ce qui peut concerner cet art ; c'est un long ouvrage que nous donnerons bientôt à imprimer, du moins si rien ne vient perturber notre muse, afin de communiquer cette technique à tous les mortels.

Nous le faisons d'autant plus volontiers que nous voulons éviter que l'autorité d'hommes très illustres, qui ont confié à l'écrit certaines choses au sujet de la réalisation de cette opération, ne conduise éventuellement quelqu'un à aborder cette opération - comme un matelot qui serait conduit par un livre - d'une manière inepte, qui porterait préjudice à la dignité de l'art et au malade. En effet, Vésale, Paré, Gourmelen et d'autres ont écrit qu'on fait dans le bras une ouverture ou un trou dans lequel on enfoncerait le nez mutilé jusqu'à ce que de la chair y croisse et qu'ensuite on modèle cette chair en forme de nez. Ce qui - avec la permission de si grands hommes ! - est très différent des secrets de notre art ; nous sommes loin d'avoir recours à de la chair (si on comprend par "chair" la substance du muscle) et de creuser un trou ou une ouverture dans le bras, mais la blessure infligée au bras pour remplir les narines est plutôt plane et superficielle, et il

n'y a aucun emploi de chair en profondeur dans cette opération : on enlève seulement la peau du bras pour la joindre aux narines par cette méthode d'incision que les professeurs d'horticulture ont l'habitude d'appeler une incision par greffe, par un scion non arraché de sa mère, comme nous le faisons voir plus clairement et plus nettement dans notre ouvrage.

Or donc, commençons. En premier lieu, après avoir observé le corps malade, il faut examiner soigneusement le tempérament du corps et du cerveau. En effet tous les moyens devront converger vers cet examen, comme vers un but. Si les humeurs dans le corps dévient en quantité ou en qualité de la balance, il faut les ramener à un juste équilibre : il faut rapidement supprimer toute cacochymie par des médicaments appropriés, et par un régime de vie de bonne qualité veiller à ce qu'au cours de l'opération chirurgicale aucun trouble ne puisse être provoqué dans les humeurs ; c'est pourquoi le conseil et l'art doivent faire pratiquer toutes les choses non naturelles mais en rejeter certaines : que Vénus soit totalement silencieuse, que la colère, la tristesse et tous les soucis de l'esprit soient ôtés. Que les aliments soient faciles à digérer, les excréments peu nombreux, avec une odeur agréable. Le ventre doit être vidé quotidiennement ou cela doit être provoqué par l'art. L'air nocturne est mauvais, de même l'air chargé d'humidité ou celui où souffle le vent du midi ; il doit être tempéré pour des gens passifs, un peu plus chaud pour les gens actifs, parce que lorsque la surface du corps est doucement réchauffée, on jouit d'un sang plus agréablement mélangé. De même le sommeil ne doit pas être excessif, car un long sommeil rend la tête moite ; ensuite les lèvres de la blessure sont tirées vers le haut par un excès de flux d'humeur dans la région cutanée, les parties jointes sont irritées par ce flux d'humeurs, cela gêne et empêche une belle cicatrisation.

Après ces dispositions prises en vue de la préparation et du soin du corps, il faut inciser la peau dans un des deux bras, le gauche ou le droit, jusqu'à la chair des muscles, mais bien entendu seulement jusqu'à la surface de cette chair : on retire donc un simple et solide morceau de peau dans la région antérieure du bras, là où le triceps se termine et où commence le biceps. La quantité de peau à retirer en largeur et en longueur sera montrée par l'étendue des narines mutilées. Dès que cette peau a été séparée [du reste du bras], il faut la faire suppurer au moyen de médicaments, puis l'assécher pour qu'elle s'adapte à l'incision qui doit être faite dans le nez. Le temps de suppuration et d'assèchement n'est pas le même pour tous les hommes, mais il varie en fonction de leur tempérament et de leur nutrition. Lorsqu'on reconnaît que la peau convient à la greffe, il convient de la scarifier légèrement ainsi que les bords extrêmes du nez, de telle sorte que la peau du bras puisse être jointe au nez artificiellement, au moyen de sutures. Cependant pour éviter qu'au cours des divers mouvements du corps, les parties jointes de cette manière ne s'écartent ou ne se déchirent, le bras qui a été choisi doit être attaché à la tête par des bandages appropriés, et la blessure et son épanchement soignés par des médicaments nourrissants.

L'union [des peaux] et une bonne nourriture de la peau indiqueront le moment où enlever le bandage, moment très variable selon la diversité des tempéraments. Mais quand vous aurez examiné l'union optimale de la blessure et la nourriture de la peau, il faut enlever le bras de la face, et il faut soigner la blessure du bras pendant quelques jours de la même manière que l'on soigne toute autre blessure. Quant à la peau qui a été laissée par l'opération de greffe et qui est encore attachée au nez, elle doit être ramenée en forme de nez et façonnée au moyen de petites lames surtout dans sa partie inférieure de telle sorte que la peau ajoutée puisse simuler ses myxae c'est-à-dire ses narines ou foramina

ouverts, la columelle nasale, la pointe arrondie et les ailes.

Cela, comme le reste de cette opération, ne se révèle pas aussi difficile que presque tous nos contemporains et aussi des hommes très célèbres semblent le croire ; en effet, on rapporte couramment que dans cette opération les douleurs et les tourments sont si forts et si nombreux qu'il vaut porter des narines écourtées. Mais c'est totalement faux. Au contraire : l'opération peut être si bien tolérée par les malades que, eu égard au travail lui-même, elle suscite l'admiration de tous ; et il y a d'autres choses beaucoup plus épineuses et difficiles dans la chirurgie.

Mais poursuivons notre entreprise.

Si la columelle obtenue par de petites lames doit être jointe à l'extrémité opposée, il faut ouvrir l'emplacement par une scarification en profondeur sur le bord supérieur du philtrum et en même temps à la base de la columelle et suturer ; ensuite il faut appliquer le soin qu'on applique généralement dans tous les autres opérations.

Entre-temps on place de la charpie dans la cavité des narines, en fonction de leur forme et de leur grandeur, ensuite il faut y insérer une canule de plomb ou d'argent. Pour donner une forme élégante à la surface externe, on peut recouvrir celle-ci au-dehors d'un revêtement d'argent ou de plomb, à l'exemple d'un nez naturel, qui enserre fermement le nez.

Ainsi les narines sont si bien restaurées artificiellement que parfois la nature est surpassée et, si on excepte la couleur de la peau (qui dans les premiers jours n'est certes pas en bon état ; cependant grâce à notre art nous y remédions), on ne pourrait pas distinguer de quelque manière que ce soit les narines qui ont été ajoutées, comme tout homme qui a vu des narines restituées par moi cette année peut en témoigner par le jugement de ses sens. Car il y en eut plusieurs, parmi lesquels un noble Seigneur Sigismond Barianus, un autre noble Seigneur, Alexandre Vinstinus, tous deux de Plaisance [Piacenza], dont le nez fut coupé pendant qu'ils se battaient en duel, Octave Facinus, également de Plaisance, et le seigneur Henri van Banesghem d'Anvers, originaire des Flandres : nous avons reconstitué les narines de tous ces gens de telle sorte qu'elles respectent le modèle de la nature ; et elles étaient si réussies en tout point, car la raison et la méthode y avaient été appliquées, qu'elles recevaient plus de compliments que celles qui avaient été données par la nature.

J'aurais assurément gardé le silence sur ces choses, pour ne pas offrir à certains l'occasion de médire de nous, en disant que nous nous vantons de nos opérations, si nous n'avions pas pensé renforcer notre art, en racontant brièvement ses travaux.

Mais nous pensons que notre lettre a déjà dépassé la mesure : si nous ne vous avons pas encore satisfait, très illustre seigneur, nous le ferons par notre ouvrage contenant tous les secrets et arcanes de l'art, et bien que nous y ayons déjà mis la dernière main, nous sommes cependant obligés de surseoir à son édition, car nous attendons encore les images et les illustrations des instruments : nous veillerons à ce que tout soit achevé à l'approche de l'été et des jours qui s'allongent, et nous le ferons paraître avec plaisir pour le bien commun des mortels ; en effet nous ne sommes pas tels que nous désirions garder cet art pour nous comme si nous en étions prisonniers, mais nous voulons qu'il soit divulgué au loin auprès de tous les autres peuples ; c'est pourquoi nous avons donné à tous l'occasion de regarder pendant que nous opérions. Mais nous le détaillons moins peut-être en écrivant. Aussi, très illustre seigneur, portez-vous bien et aimez-moi.

Bologne, le 22 février 1586 de l'ère chrétienne.

ANNEXE 3

In B.L. Letter to the editor, *Gentleman's Magazine*, Londres, octobre 1794, vol 64, pt 2, 4 : 891-892 (traduction François Delaporte, op. cit.)

Une fine plaque de papier paraffiné est ajustée au moignon du nez de façon à faire un nez de bonne apparence. La plaque de cire est ensuite posée sur le front. Une ligne en délimite le contour : l'opérateur incise autant de peau couverte par la plaque de cire. Mais il conserve un petit bout de peau entre les deux yeux. Ce petit pédicule assure la circulation en attendant qu'une union s'opère entre la nouvelle peau du front et le pourtour de la mutilation. Le moignon est alors avivé et on incise la peau en passant autour des ailes du nez et le long de la lèvre supérieure. On décolle enfin la peau du front qu'on rabat par une rotation pour en affronter les bords avec l'incision décrite. On forme ainsi un nez avec une double attache supérieure. Il présente des ailes et une sous-cloison fixée dans l'incision. Un peu de *Terra Japonica* est ramollie avec de l'eau. On la répand sur quelques bandes de tissu. Puis on place cinq à six bandes sur le nez de manière à bien l'isoler. À l'exception de ce ciment, aucun autre élément n'est utilisé. On le laisse en place pendant quatre jours. Il est ensuite ôté, imbibé par une matière grasse et à nouveau appliqué. Ce n'est que 25 jours plus tard qu'on coupe le pédicule et qu'on cherche à améliorer l'apparence du nez. Tout de suite après l'intervention, on doit faire coucher le malade sur le dos pendant cinq ou six jours, des rouleaux de linge doux sont posés dans les narines, de façon à les tenir suffisamment ouvertes. Le nez artificiel est bien attaché, et paraît presque semblable à un nez naturel. Après un certain temps, la cicatrice sur le front est à peine visible.

ANNEXE 4

Description de la méthode de Carpue in Kurt SPRENGEL, *Histoire de la médecine, depuis son origine jusqu'au XIXème siècle*, traduit de l'allemand par A.J.L. Jourdan, Paris, J.-B. Baillière, 1832, t. 8, p. 197-198.

Suivant en tous points la marche des Hindous, il modela un nez en cire sur le moignon, aplatit ce modèle, l'appliqua renversé sur le front, dont il avait bien rasé les poils, et traça sur son contour le lambeau qu'il lui était nécessaire. Alors il scarifia le moignon du nez, fit une simple incision à la lèvre inférieure pour recevoir la cloison, détacha le lambeau du péricrâne, le retourna, ajusta la cloison et les parties latérales, les fixa par des points de suture et des emplâtres agglutinatifs, et s'empessa de rapprocher les bords de la plaie du front. Trois jours après, la réunion était parfaite, mais le nouveau nez était flasque et se soulevait à chaque expiration. Toutes les ligatures furent supprimées le sixième jour. Un écart de régime donna lieu à la séparation de l'aile du nez dans une petite étendue, mais l'opérateur remédia bientôt à cet accident. Au bout de quatre mois, il coupa le pli de la peau à la racine du nez, et réunit la plaie par un point de suture. Le résultat de l'opération fut, à ce qu'il assure, un nez assez semblable à celui que la nature nous accorde.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) DELAPORTE F. - *Figures de la médecine*, Cerf, Paris, 2009, p. 41.
- (2) WYPLOSZ J. - "La chirurgie dans la Sushruta Samhita", *Hist. Sci. Med.*, XLVII, 2, 2013, 155-167.
- (3) SARAF S., PARIHAR R. - Sushruta : The first Plastic Surgeon in 600 B.C. *The Internet Journal of Plastic Surgery*, vol 4, n°2, 7 p.
- (4) WYPLOSZ J. - *Op. cit.*, p.160.
- (5) PETREQUIN J.E. - *Chirurgie d'Hippocrate*, Imprimerie Nationale, Paris, 1877-1878.

- (6) CELSE A.C. - *Traité de médecine* (traduction de A.Védrènes), Masson, Paris, 1876, p. 498-500.
- (7) GOURMELIN S. - *Chirurgicae artis*, A. Gillium, Paris, 1580, livre III, p.73.
- (8) MERCURIALIS H. - *De decoratione liber*. Paulum Meietum, Venetiis, 1585, p. 23-24.
- (9) MERCURIALIS H. - *De decoratione liber*. Joannem Wechelum, Francofurdi, 1587, p. 115-120.
- (10) GNUDI M.T., WEBSTER J.P. - *The life and times of Gaspare Tagliacozzi, surgeon of Bologna, 1545-1599, with a documented study of the scientific and cultural life of Bologna in the sixteenth century...* Herbert Reichner, New York, 1950, 538 p., 76 pl. (Analyse détaillée par Wickersheimer E. in *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 1952, 5, 4 : 377-379).
- (11) DUMAÎTRE P. - "Le traité de chirurgie plastique de Gaspard Tagliacozzi chirurgien de Bologne au XVIe siècle", *Aesculape*, décembre 1955, 343-355.
- (12) TAGLIACOZZI G. - *De curtorum chirurgia per insitionem libri duo*. Gaspare Bindoni, Venice, 1597.
- (13) TAGLIACOZZI G. - *Cheirurgia nova*. Johann Saur, Frankfurt, 1598.
- (14) TAGLIACOZZI G. - *De curtorum chirurgia. Recognovit et edidit M.Troschel*, G. Reimer, Berlin, 1831.
- (15) LEGRAND N. - "Un faux portrait d'Ambroise Paré à la Faculté de médecine de Paris. Son identification", *Bull. Soc. Franc. Hist. Méd.*, 1909, 8, 372-383.
- (16) Remarquons que cette première traduction française correcte du titre de l'ouvrage éclaire d'une manière nouvelle la modernité et le caractère pionnier de celui-ci.
- (17) TAGLIACOZZI G. - *De curtorum chirurgia per insitionem libri duo*. Roberto Meietti, Venice, 1597.
- (18) TAGLIACOZZI G. - *De curtorum chirurgia per insitionem libri duo*. Gaspare Bindoni, Venice, 1597, L1, chap.XIII, p. 46-47 (trad. F. Delaporte, *op. cit.*).
- (19) *Ibid.*
- (20) AMMON F.A. d', BAUMGARTEN M.. - *Exposé critique de la chirurgie plastique et des résultats auxquels elle est parvenue*. impr. de Gyselynck, Gand, 1843, p. 35.
- (21) BANZET P. - Gaspare Tagliacozzi, précurseur de la chirurgie plastique. In *Le corps blessé. Quatre siècles de chirurgie*, sous la direction de G.-A. Crémer. Musée d'histoire de la médecine & Académie de chirurgie, Paris, 1996, p. 178 [trad. R. Pernoud].
- (22) CARPUE J.C. - *An account of two successful operations for restoring a lost nose from the integuments of the forehead; with a foreword and biography by Frank Mcdowell*, The classics of medicine library, Birmingham, 1981.
- (23) B.L. - Letter to the editor, *Gentleman's Magazine*, London, octobre 1794, vol 64, pt 2, 4 : 891-892.
- (24) FERRIER J. - *Illustrations of Sterne : with other essays and verses*. Cadell & Davies, London, 1798, p. 113-129.
- (25) CARPUE J.C. - *An account of two successful operations for restoring a lost nose from the integuments of the forehead...* Longman & co, London, 1816, 102 p., 5 pl.
- (26) RENAUME DE LA GARONNE - Sur la réparation de quelques parties du corps humain mutilées. *Histoire de l'Académie royale des sciences*, année 1719, Paris, 1721, p. 32.
- (27) SPRENGEL K. *Histoire de la médecine, depuis son origine jusqu'au XIXe siècle*, traduit de l'allemand par A.J.L. Jourdan, J.-B. Baillière, Paris, 1832, t. 8, p. 198.
- (28) GRAEFE C. F. - *Rhinoplastik oder die Kunst den Verlust der Nase organisch zu ersetzen*. In des Realshulbuchhandlung, Berlin, 1818, 210 p., 6 pl.
- (29) LÉOTARD J. - De la rhinoplastie. *Thèse méd. Montpellier*, 1857, 120 p., 1 pl, p. 75.
- (30) PARANT M. - Greffons et lambeaux cutanés. Leurs applications aux pertes de substance du visage. *Thèse méd. Paris*, 1938, p. 10-12.
- (31) DELAPORTE F. - *Op. cit.*, p. 52-54.
- (32) MOURGUES F. de. Les greffes et les plasties cutanées en chirurgie faciale. *Thèse méd. Lyon*, 1952, p. 21.

RÉSUMÉ

L'amputation du nez, accidentelle (duel, guerre, supplice...) ou pathologique (lèpre, syphilis, lupus tuberculeux), était assez fréquente autrefois. Cette mutilation avait pour conséquence d'afficher son état d'infamie et toujours un préjudice esthétique qui faisait reculer d'horreur ! Les chirurgiens durent faire face à une demande de réparation et, selon les époques, proposer de véritables interventions plastiques, "la fabrique du nez". Les origines sont indiennes. À la Renaissance, des chirurgiens du sud de l'Italie pratiquaient cette opération avec un lambeau brachial, et cela dès la fin du XVème siècle. Les Anglais redécouvrent, à la fin du XVIIIème siècle, la méthode traditionnelle indienne de réfection nasale au moyen d'un lambeau cette fois frontal. Carpue effectue, avec succès, deux opérations selon la "méthode dite anglaise" avec lambeau frontal. Von Graefe reproche à la méthode italienne sa longueur excessive et à l'indienne la cicatrice. La nouvelle méthode indienne et la technique de lambeau brachial immédiatement greffé, sont à l'origine du renouveau de la chirurgie plastique ou réparatrice.

SUMMARY

The amputation of the nose by accident (duel, penalty, war) or by disease (leprosy, syphilis, tubercular lupus) was rather frequent in the past. This mutilation actually showed off a state of infamy and always an aesthetical injury which induced an unspeakable horror. So surgeons had to find a way to repair this maiming and at different times some of them proposed real plastic surgery, but others preferred prothesis like Paré or Fallope... At first the origins are Indian. At the Renaissance some surgeons as early as the end of the 14th century in south Italy operated this surgery with a flap of skin from the arm. At the end of the 18th century English practitioners rediscovered the Indian traditional method for repairing the nose with a flap of the forehead. Von Graefe blamed the Italian method and recommended to take the lost share of skin from the forearm. This new manner improved with a mixture of Indian method and italian method marked the revival and beginnig of plastic and reconstructive surgery.

Frédéric Chopin (1810-1849) avait-il la mucoviscidose ? *

Did Chopin (1810-1849) suffer from cystic fibrosis ?

par Michel GERMAIN **

Cette communication est fondée sur un chapitre consacré à la maladie de Chopin publié par l'auteur dans son ouvrage intitulé *Musiciens célèbres malades. Pourrait-on les sauver aujourd'hui ?* Conformément aux statuts de notre Société qui exige des travaux originaux inédits, la rédaction en propose ici un résumé, en renvoyant également à T.A. ZIELINSKI, *Frédéric Chopin*, 1995.



*Frédéric Chopin : sculpture
(coll. personnelle)*

Frédéric Chopin est né le 22 février 1810 près de Varsovie. Après ses examens finaux au Conservatoire en 1829, il quitte la Pologne en novembre 1830, avec des lettres de recommandation de Johann Malfatti qui avait été médecin de Beethoven et médecin impérial. À son arrivée à Paris, il se sent bien et énergique, ce que confirme son ami Orłowski, compositeur et violoniste. Mais durant l'hiver 1835-1836 il présente une fièvre élevée, avec toux et hémoptysie ; il guérit rapidement. Et en 1836, année où il fait la connaissance de George Sand avec qui il rompra en 1847, les signes de maladie deviennent évidents, "grippe" avec toux, expectoration, essoufflement, hémoptysie, troubles digestifs, diarrhées. Au fur et à mesure de l'aggravation de son état, sa production musicale diminue.

Dans la famille, le père, Nicolas, souffrait d'infections respiratoires occasionnelles ; il est tombé vraiment malade à deux occasions mais a vécu jusqu'à 70 ans. La mère a été en bonne santé jusqu'à sa mort à 87 ans. Ludwicka, la fille aînée, qui viendra assister son frère à Paris

* Séance de décembre 2017.

** 8, rue Charles-Marie Widor, 75016 Paris.

en juillet 1849 alors qu'il est réduit à un état quasi-végétatif, présenta souvent des infections pulmonaires, et mourut elle-même de maladie respiratoire à 47 ans (1855). Isabella, la deuxième, morte en 1881, n'a pas eu de problème. Emilia, la cadette, décrite comme frêle, souffrait de quintes de toux périodiques et de troubles respiratoires avec essoufflement ; elle est morte en 1827 à l'âge de 16 ans. Lui-même dès l'adolescence en fait développa une intolérance à la "nourriture grasse" qui entraînait des diarrhées importantes, suivies de perte de poids, voire d'émaciation. Il écrivit de Berlin à ses parents le 27 septembre 1828 : "Je me porte bien, tant que j'évite la viande, les sauces, les soupes etc.", préférant les aliments glucidiques. Son fin visage avait des caractéristiques frappantes, manquant de poils et de barbe, ce qu'il avait lui-même remarqué.

Frédéric Chopin souffrait-il d'insuffisance de sécrétion pancréatique ou mucoviscidose ?

L'hypothèse de la mucoviscidose dont le gène responsable CFTR est situé sur le chromosome 7, localisé en 7q31 et qui a été décrite en 1935 par Fanconi, repose sur un faisceau d'arguments solides : début de la maladie à l'âge de 25 ans; toux avec crises répétitives, crachats ; essoufflement, suffocations ; hémoptysies ; douleurs thoraciques, déformation du thorax ; fatigabilité, faiblesse liée à l'anémie par perte chronique de sang ; transpiration abondante; évolution par paliers ; maigreur (45 kilos pour 1m70), cachexie ; diarrhée massive grasseuse, en fonction de l'alimentation, témoin de l'insuffisance pancréatique ; troubles digestifs, ballonnement, douleurs abdominales ; prostration après efforts physiques, grande fatigue après les concerts ; stérilité probable ; mort avant 40 ans . À l'époque, le traitement proposé pour cet état était : saignée, repos, petit lait, aliments glucidiques, soleil, bon air, cataplasmes, sangsues. L'hypothèse de la tuberculose (que d'ailleurs on ne soignait guère différemment) ne repose sur aucun argument sérieux ; si on la maintenait, il faudrait s'étonner que ni George Sand ni ses deux enfants n'aient été contaminés.

Avec le temps, sa toux permanente est une contrainte pour lui et pour son entourage, un œdème périphérique touche les extrémités des membres, signe d'insuffisance cardiaque droite avec réduction des poumons et, fin juillet 1849, il ne peut plus marcher, même avec assistance. Une hémoptysie finale va terrasser Chopin, qui meurt brutalement après une crise de toux, le 17 octobre à 2 heures du matin. L'autopsie est réalisée par Jean Cruveilhier qui le soignait, mais le compte rendu a brûlé accidentellement, et nous ne disposons que de témoignages amicaux, dont celui d'Adalbert Grzymala : "L'autopsie ne retrouve pas la cause de la mort... cœur dilaté... pas de tuberculose pulmonaire... probablement une maladie qui n'avait pas été encore rencontrée par la science médicale". Ou de Jane Stirling, disant que "les poumons de Chopin étaient moins affectés que son cœur".

En conclusion, Frédéric et Emilia souffraient presque certainement d'une maladie génétique : la mucoviscidose. Le décès est surtout du à une insuffisance respiratoire aiguë, résultat d'une maladie obstructive des poumons avec cœur pulmonaire chronique droit. Le cœur de Chopin, qui repose en l'église de la Sainte-Croix à Varsovie, pourrait apporter une réponse à cette énigme médicale.



En l'église de la Sainte-Croix à Varsovie

La lobotomie frontale

histoire de l'une des techniques chirurgicales les plus controversées de l'histoire de la médecine *

*A story of lobotomy,
a highly controversial surgery on the brain*

par Louis-Marie TERRIER **, Marc LÉVÊQUE ***
et Aymeric AMELOT ****

Introduction

La lobotomie, cette chirurgie lésionnelle et définitive sur le cerveau, consistait à sectionner les fibres blanches des lobes frontaux. Ce fut l'une des procédures médicales les plus décriées de toute l'histoire de la médecine, et pour cause : des milliers de patients furent lobotomisés à travers le monde, avec des conséquences dramatiques sur la personnalité de chacun et le respect de la dignité humaine. Mise au point en 1935 par António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, la lobotomie - ou leucotomie - devait traiter initialement certaines pathologies psychiatriques, mais les indications se sont ensuite étendues pour traiter des douleurs cancéreuses ou des névralgies de toutes sortes, ainsi que certaines hémorragies digestives (ulcères gastroduodénaux, rectocolites hémorragiques) ou des pathologies plus floues, dont l'indication chirurgicale a pu être influencée par les familles.

Neurologue et homme politique portugais, Egas Moniz reçut le prix Nobel en 1949 pour "la découverte de la valeur thérapeutique" de la lobotomie, "une chirurgie révolutionnaire" pour soigner certaines psychoses (1). Il s'inspira des travaux de recherche de Fulton et Jacobsen dans les années 1930 sur la disparition des névroses expérimentales chez le chimpanzé après l'ablation des aires frontales. En 1934, Jacobsen rapporte le cas du chimpanzé qui se modifia profondément après l'intervention : "Il devint tout à fait impossible de lui suggérer même une névrose expérimentale. C'était comme si l'animal avait rejoint le culte du bonheur et avait placé toutes ses peines entre les mains de Dieu" (Fig. 1). C'était justement le but d'Egas Moniz : libérer l'aliéné de ses névroses,

* Séance de décembre 2017.

** Université François-Rabelais de Tours, INSERM, Imagerie et Cerveau UMR U930, 2, boulevard Tonnellé, 37000 Tours, louismarie.terrier@univ-tours.fr.

*** Hôpital privé, Résidence du Parc, Marseille.

**** Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris.

et lui permettre de se réinsérer dans la vie sociale. Le résultat sera beaucoup plus nuancé...



Fig. 1 : 1. Fulton et son chimpanzé lobotomisé. 2. Egas Moniz.

Egas Moniz présenta ainsi les résultats de ses vingt premiers patients à la Société de médecine de Paris en 1936. Cette date marqua le début de la lobotomie à grande échelle, qui s'étendra au monde entier, touchant des milliers d'individus, de la "campagnarde débile" à la sœur d'un président américain ou à l'épouse d'un dirigeant argentin, et sans restriction d'âge : du jeune enfant au vieillard. Avec des conséquences parfois dramatiques. Il faudra attendre l'introduction du premier neuroleptique en 1952 en France, puis en 1954 aux USA, pour que cette pratique chirurgicale se réduise brutalement (2).

Mais comment une telle technique, aussi barbare que la lobotomie, a-t-elle pu se répandre au monde entier pendant des années, et même se voir récompensée d'un prix Nobel ? Nous avons essayé de retracer l'histoire de ce dérapage chirurgical, à partir d'une revue de la littérature inédite dans le pays où la lobotomie fut présentée pour la première fois au monde, en France, et où la mise au point du premier neuroleptique 16 ans plus tard par un chimiste français, mit un frein brutal à cette pratique chirurgicale. Cette revue francophone (France, Suisse, Belgique) s'est focalisée sur une période large s'étendant de 1935 à 1985.

Contexte psychiatrique et sociétal

Pour comprendre les raisons qui ont favorisé l'émergence de la lobotomie, le contexte sociétal de l'époque doit être restitué. En 1936, date de l'annonce des premiers résultats de la lobotomie chez l'homme, les psychiatres étaient dépourvus de thérapeutiques effi-

LA LOBOTOMIE FRONTALE

caces, et les neuroleptiques n'existaient pas encore. Le nombre de patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques n'avait jamais été aussi important. En 1939, le nombre d'internés atteignait des sommets, et plus de 120 000 patients étaient recensés dans les asiles français (3).

Les seuls traitements à la disposition des médecins étaient représentés par les thérapies dites "de choc". Parmi elles, la malaria thérapie, qui consistait à inoculer le parasite de la maladie dans le sang du malade pour déclencher des pics fébriles, ou encore la cure de Sakel, qui consistait à injecter de l'insuline, afin de plonger le malade dans un coma hypoglycémique avant d'être resucré. Ces thérapeutiques visaient à calmer et à atténuer les symptômes psychiatriques de ces "aliénés" enfermés dans les asiles (4). Lorsque l'agitation était trop importante, le malade était contentonné par une camisole. Il pouvait également être maintenu plusieurs heures dans un bain chaud, où seule la tête dépassait de l'eau. La seconde guerre mondiale éclate à la même période, le chaos psychologique est terrible. C'est dans ce contexte particulier que la lobotomie se développa.

Cette chirurgie fut en effet pratiquée pour la première fois par Egas Moniz le 12 novembre 1935 à Lisbonne dans le plus grand secret, sur une prostituée de 63 ans souffrant de mélancolie et de délires paranoïaques (5). Cette première chirurgie, qui dura tout au plus une vingtaine de minutes, fut qualifiée de succès, car même si le résultat n'était pas extraordinaire, la patiente était devenue "plus docile". Un an plus tard, en 1936, Egas Moniz présenta les résultats des vingt premiers patients lobotomisés à la Société de médecine de Paris. Les psychiatres français accueillent d'abord avec un certain scepticisme cette nouvelle chirurgie, et préférèrent les techniques de choc. La seconde guerre mondiale va d'ailleurs stopper son essor initial en Europe (6, 7, 8).

Mais cette chirurgie frontale va rapidement attirer l'attention de deux médecins américains, le neurologue Walter Freeman et le neurochirurgien James Watts, qui vont importer et développer la pratique aux États-Unis avant 1940. La technique sera simplifiée, réalisée en ambulatoire et sous anesthésie locale après une série d'électrochocs... Freeman sillonnait les villes des États-Unis avec sa "lobotomobile" et proposait une lobotomie frontale pour quelques dizaines ou centaines de dollars (Fig. 2). Au total, il lobotomisa près de 3500 patients à titre personnel, parmi lesquels quelques cas emblématiques de ce que fut la lobotomie.

En France, il faudra attendre la période de l'après-guerre pour voir la lobotomie se développer. En 1950, le 48ème congrès des Médecins aliénistes de France prit pour thème "Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie". Le bilan des lobotomies pratiquées dans le monde est fait à cette occasion, et il est précisé que plus de 10000 lobotomies ont déjà été pratiquées. C'est également cette date qui marque un tournant dans l'évolution de la psychochirurgie, car avec le temps écoulé, les rechutes se font plus nombreuses, les publications se font plus rares et les critiques plus fréquentes.

Regard de la presse et de la population

La population à l'époque disposait d'informations très partielles à l'égard des interventions chirurgicales. Les seules sources provenaient d'articles de journaux, "constamment déformés par le désir de présenter des nouvelles sensationnelles et de schématiser les données scientifiques dans un sens vulgarisateur, le plus souvent de mauvais aloi", écrivait Bréjot en 1951. Il poursuivait : "L'inconvénient habituel de ces publications consiste spécialement dans l'imprécision et surtout la généralisation des indications que les journalistes laissent soupçonner à leurs lecteurs. Médecins et chirurgiens connaissent



Fig. 2 : 1. W. Freeman réalisant une lobotomie par voie trans-orbitaire.
2. Freeman dans sa lobotomobile. 3. Lobotomie trans-orbitaire.

bien les inconvénients d'une publicité tapageuse qui amène, près d'eux, après chaque réunion scientifique, des familles entières réclamant que soit appliqué à leur malade tel ou tel traitement dont les indications sont cependant fort limitées. Ces remarques peuvent s'appliquer à peu près à toutes les thérapeutiques, mais elles prennent une valeur toute spéciale à l'égard de la chirurgie qui n'est guère entrée dans les mœurs que depuis une cinquantaine d'année et a été revêtue d'emblée d'un caractère magique plus spécial que celui de tous les autres traitements (...). L'intervention est toujours vécue sur un mode héroïque qui se traduit par la place qu'elle tient, non seulement dans la biographie du sujet, mais comme événement du folklore familial" (9).

Toutes ces considérations précédemment décrites à propos de l'intervention chirurgicale se trouvent considérablement accrues lorsqu'on parle de lobotomie, le vécu social de la lobotomie étant particulièrement marqué par la nouveauté de cette technique, ainsi que par la valeur "magique des interventions sur la tête" à l'époque. La lobotomie a souvent été présentée au public d'ailleurs sous une forme innovante et dénuée de risques,

LA LOBOTOMIE FRONTALE

comme en témoignent quelques articles de presse d'époque. Le magazine américain *Life* exposait le 3 mars 1947 la technique chirurgicale dans quelques dessins humoristiques, vulgarisant l'explication de la pathologie. Ou encore le 21 juin 1954, où on peut découvrir que les lobotomisés bénéficiaient d'une rééducation en post-opératoire. Le magazine anglais *Illustrated*, le 8 février 1947, titrait "LEUCOTOMIE. Ceci est le nom d'une chirurgie du cerveau qui donne une nouvelle personnalité et une perspective nouvelle de vie pour certains malades souffrant de troubles mentaux". Le magazine italien *Tempo*, le 25 juillet 1949, titrait : "UNE FENÊTRE SUR LE CERVEAU. Après la lobotomie frontale, J.K, délinquant, déclara : il me semble être devenu le bon frère de moi-même". (Fig. 3 à 6).



Fig. 3 : Illustrated, 8 février 1947, Leucotomie.



Fig. 4 : Tempo, 25 juillet 1949, Una Finestra nel cervello.

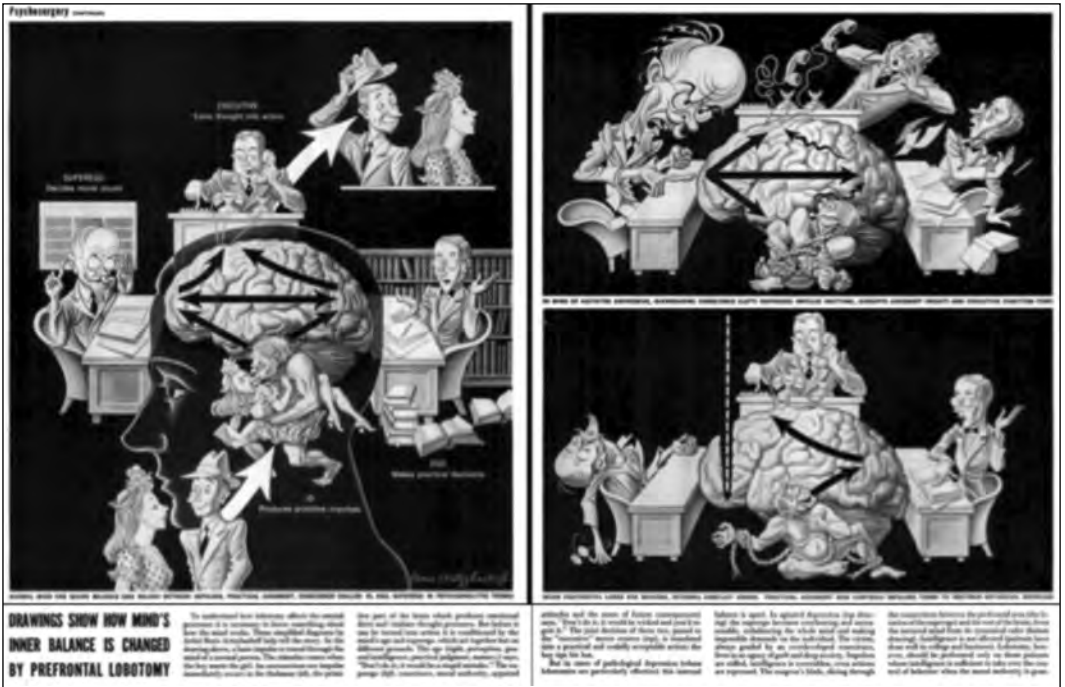


Fig. 5 : Life, 3 mars 1947. Psychosurgery.

Cas emblématiques de lobotomisés

Rosemary Kennedy

En 1941, Freeman opère Rosemary Kennedy à l'âge de 23 ans, sœur du futur président américain, sur l'unique demande de son père Joe, pour des raisons qui demeureront floues. Rosemary était pourtant décrite comme une jeune fille rayonnante. Elle aimait le tennis, la voile, les garçons et la fête. Mais moins brillante que le reste de la famille - elle présenterait un léger retard mental – elle ne collait pas à l'image que son père s'en était faite. La chirurgie, qui s'est déroulée dans le plus grand secret, même familial, tourne au fiasco. Rosemary sortit lourdement handicapée et termina sa vie en institution, totalement dépendante (5). Elle disparaîtra définitivement des photos de famille après la chirurgie.

Howard Dully

Freeman lobotomise également un enfant de 12 ans, Howard Dully, pour des motifs peu clairs. Ce jeune garçon semble pourtant comme les autres, si ce n'est qu'il est un peu plus taciturne et parfois agressif. Il a perdu sa mère à l'âge de 5 ans d'un cancer. Son père s'est remarié avec celle qui devient sa belle-mère, prénommée Lou. Décrite comme froide et intransigeante, elle est en conflit avec le jeune Howard. Howard Dully sera admis dans un hôpital privé de San Jose en Californie à la demande de son père et de sa belle-mère. Le 16 décembre 1960, à 13 h 30, il subit une lobotomie bifrontale par voie transorbitaire, après une série d'électrochocs en guise d'anesthésie. Howard se souviendra d'avoir les yeux gonflés, un terrible mal de crâne, et une forte fièvre en post-opératoire. Il dira "J'étais complètement dans le brouillard. Je ressemblais à un zombie. Je ne



Fig. 6 : Life, 21 juin 1954. A nurse in psychiatrics.

savais pas ce que Freeman m'avait fait" (Fig. 10). Il racontera son histoire, 47 ans plus tard, dans un livre *My Lobotomy* (avec Charles Fleming), 2007. Il a pu se reconstruire au fil des années, et est devenu chauffeur de bus scolaire, s'est marié, et a eu un enfant.

Eva Peron

Eva Peron, femme du dictateur argentin Juan Peron, aurait été lobotomisée peu de temps avant sa mort des suites d'un cancer métastasé de l'utérus, à l'âge de 33 ans. Cette chirurgie se serait déroulée en secret à Buenos Aires en 1952, dans le but de la soulager de douleurs intenses et résistant aux traitements antalgiques.

Indications des lobotomies. Un premier regard positif

Pathologies psychiatriques

La grande majorité des indications de la lobotomie concernait les pathologies psychiatriques, et plus spécifiquement la schizophrénie, les délires paranoïaques et les troubles de l'humeur (10, 11, 12, 13,14, 15).

Douleurs intenses

Dans quelques cas, la lobotomie était proposée aux patients présentant des douleurs organiques intenses et résistant au traitement médical. Après la procédure chirurgicale, les patients déclaraient ressentir toujours la douleur, mais ils y étaient devenus indifférents. Certains parlèrent d'une douleur plus "animale". Wertheimer rapporta le cas d'une jeune femme de 35 ans, souffrant d'un cancer de l'utérus avec métastases osseuses : "Mme A... est une jeune femme de 35 ans. Elle est examinée en juin 1956 pour une ulcération néoplasique du col utérin, par le Dr L. Michon, qui, dans un premier temps, la traite, après biopsie confirmative, par curiethérapie. Le 11 octobre 1956, il pratique une large hystérectomie totale et l'examen histo-pathologique montre une stérilisation parfaite du col et de la cavité cervicale. Un mois plus tard, la malade se plaint de douleurs dans la hanche droite. L'examen clinique fait suspecter une certaine tuméfaction dans la fosse iliaque interne droite et la radiographie révèle une importante métastase osseuse iliaque. Très vite, les douleurs deviennent intolérables. Elles sont exacerbées par un essai de radiothérapie. La malade en est réduite à absorber sans arrêt des médicaments antalgiques, sans pourtant avoir jamais eu recours au moindre toxique. En présence de cette situation, qui ne laisse à cette malade aucun répit, ni jour, ni nuit, on pratique, le 4 janvier 1957 une cordotomie unilatérale gauche, sectionnant la quasi-totalité du cordon antéro-latéral. La malade se déclare soulagée des douleurs les plus violentes, mais ce n'est qu'une trêve, du reste incomplète et qui s'avère de courte durée. Au bout de quelques jours, la malade, si elle continue à se déclarer améliorée en ce qui concerne les douleurs affectant le membre inférieur droit, accuse par contre des douleurs très vives dans tout le bassin, dans le membre inférieur gauche, et dans la région lombaire. Surtout, elle ne tient pas en place, elle parle sans arrêt de ses souffrances, elle est angoissée, torturée ; elle donne l'impression d'un être terrorisé par son état présent et par la pensée de l'avenir qui l'attend. Elle réclame impérieusement une solution thérapeutique. Le 19 janvier, je lui fais, sous anesthésie locale, une lobotomie bilatérale. Le soir même, elle est un peu confuse, mais détendue, souriante, presque heureuse : toute médication antalgique est supprimée. Les jours suivants, la détente est complète. La malade parle un peu de ses douleurs, mais de façon négligente ; elle dort, elle se lève, elle est calme ; elle peut s'alimenter ; elle a cessé d'être inquiète, sans que pourtant, ni dans son comportement ni dans sa conversation, elle soit différente de ce qu'elle était auparavant. Tout au plus manifeste-t-elle une certaine indifférence, qui pourrait plutôt être qualifiée d'insouciance, et une semaine plus tard, elle pouvait rentrer chez elle" (16).

Pathologies hémorragiques digestives, "d'origine psychosomatique"

Enfin dans de rares cas, l'indication concernait des pathologies dont on pensait qu'elles étaient d'origine "psychosomatique". Ainsi, des patients porteurs de rectocolites hémorragiques ou d'ulcères gastro-intestinaux se sont vu proposer la lobotomie préfrontale par électrocoagulation. Cette chirurgie était réservée aux patients atteints d'hémorragies chroniques graves, et son but était "d'éviter des chirurgies digestives mutilantes". Cattan publie en 1957 les résultats de 14 cas lobotomisés et raconte (17) : - Sur la douleur : "Non seulement les malades accusent un grand bien-être, mais les spasmes douloureux disparaissent et, dès le lendemain de l'opération, on trouve en général ces sujets assis dans leur lit et remarquablement détendus." - Sur l'angoisse : "C'est un des symptômes les plus importants qui peut être certes lié à l'atténuation ou à la disparition de la douleur. Mais dans l'ensemble il nous a semblé que les sujets étaient moins irritables, moins nerveux qu'avant l'intervention. Quelquefois une véritable euphorie

s'installe. Mais il n'y a jamais de troubles de l'intelligence, de la mémoire ou de jugement." - Sur la diarrhée : "Dans la plupart des cas, les sécrétions muco purulentes perdurent toujours 4, 5 ou 8 fois par jour comme avant intervention. La seule différence est qu'il n'y avait en général plus de sang." - Sur l'état général : "L'action des interventions préfrontales sur l'état général est souvent spectaculaire dans la majorité des cas, l'appétit et le poids s'améliorent rapidement, les œdèmes fondent lorsqu'ils existent et la protidémie remonte progressivement." Pour Cattán, cette technique chirurgicale d'électrocoagulation, qu'il ne considère pas comme une vraie lobotomie, doit permettre d'éviter ou de retarder l'iléostomie : "Au surplus, si les résultats que l'on est en droit d'attendre de notre méthode ne sont pas obtenus, rien n'empêche, dans un second temps, chez un malade qui aura à tout le moins récupéré un meilleur état général et chez lequel la douleur et l'angoisse auront disparu, de revenir aux résections - digestives - classiques." Bucaille va plus loin en rapportant le cas d'un patient lobotomisé en urgence pour stopper une hémorragie digestive massive : "Le malade dut subir d'urgence une opération frontale en raison du caractère alarmant et apparemment cryptogénétique des hémorragies; celles-ci furent immédiatement stoppées par l'opération frontale; le diagnostic d'ulcère duodénal n'a été fait qu'a posteriori par la radiologie" (18).

Précision des indications

Lazorthes publia en 1967 son expérience de dix ans de psychochirurgie débutée en 1945. Cette période lui permit de préciser et de limiter les indications de la psychochirurgie aux pathologies suivantes : "toutes les formes de la dépression et de la mélancolie, irréductibles ou mal réductibles par les autres traitements, mélancolie anxieuse grave, mélancolie délirante (syndrome de Cotard, délire de culpabilité, persécution, délire de possession, divers délires projectifs), hypocondrie à structure dépressive, certaines formes graves et rebelles de maladies psychosomatiques (rectocolite hémorragique, asthme irréductible, anorexie mentale, ulcère gastroduodénal récidivant), les TOC, les douleurs irréductibles organiques par les thérapeutiques classiques" (14).

J. Catoire précisera également les indications pour lesquelles la lobotomie lui semble indiquée, avec sa propre technique par Iridium radioactif (19) : "la lobotomie s'adresse à des maladies mentales qui ont résisté à toute thérapeutique de chocs, insuline, psychanalyse, ... et dont la gravité réside dans leur caractère trop pénible pour celui qui en est atteint ou par incompatibilité avec la vie sociale. Les meilleurs résultats se rencontrent dans les affections qui ont comme tonalité principale une tension nerveuse exagérée, de l'anxiété, une autocritique morbide, la crainte de l'avenir, un sentiment exagéré des responsabilités et un comportement se traduisant par une hypertension émotionnelle, de l'impulsivité, de l'agressivité. Les résultats seraient moins bons dans les délires systématisés ou les hallucinations avec peu de retentissement anxieux.

a. Les psychonévroses obsessionnelles réagissent d'autant mieux à cette psychochirurgie qu'elles sont anxieuses. Parfois les obsessions ne disparaissent pas à la suite de l'intervention, mais elles perdent leur charge affective pathologique et leur agressivité vis-à-vis du moi. Le malade les enregistre encore mais sans souffrir. Il ne parle plus spontanément de ses obsessions et quand on l'interroge, il déclare qu'il est toujours aussi obsédé, mais son comportement montre bien qu'il n'en est plus affecté.

b. Les syndromes dépressifs : c'est dans ce groupe qu'on trouvera le plus beau pourcentage de succès, et parfois de façon spectaculaire. La mélancolie, avec ou sans idée délirante, les états dépressifs pénibles, les déprimés hypocondriaques. Le même problème se pose pour les cénesthopathies et les psychalgies, ces douleurs qui, par leur

constance pénible et angoissante, ont perturbé le psychisme et finissent par vivre à l'état pur dans le mental. Les états dépressifs vrais guérissent dans de très belles proportions (70-80%) tandis que les délires paranoïdes sont une mauvaise indication opératoire.

c. Violence, agitation, impulsivité, anomalies psychiques, troubles du comportement du type antisocial grave, grosses excitations et agitations des débiles mentaux et imbéciles, pervers instinctifs, oligophrènes, même épileptiques... Les résultats seront d'autant meilleurs qu'il subsiste dans le psychisme de ces malades une charge affective, qui peut être déviée mais que l'intervention peut replacer sur des voies plus stables et plus normales. Si ces troubles sont la conséquence d'une tension émotionnelle pathologique, les résultats seront très bons tandis que s'ils sont à caractère désordonné, instinctif, suite d'un état démentiel par exemple, l'amélioration sera purement palliative.

d. La douleur organique intolérable : carcinome, tabes, syndrome thalamique, causalgie, membre fantôme... Dans la plupart des cas, l'opération libère le malade qui souffre, comme l'obsédé vis-à-vis de ses obsessions. Il déclare que ces douleurs sont toujours présentes mais son comportement montre bien qu'il ne s'en affecte plus. Le malade sent sa douleur mais ne s'en plaint plus. Il s'alimente de nouveau normalement et dort sans stupéfiant.

e. La schizophrénie, surtout les syndromes avec tension anxieuse, impulsivité, idées délirantes et hallucinatoires. C'est donc ici la forme paranoïde qui nous donnera les meilleurs succès surtout chez un être jeune. Deux mois après l'intervention, nous recommandons systématiquement chez tous les schizophrènes une cure de Sakel, ceci dans l'espoir de consolider davantage les résultats acquis et rechute. La lobotomie agit avec d'autant plus d'efficacité que le malade est traité de façon précoce. Il faudrait intervenir au maximum un an après le début de la maladie, à condition qu'entretiens, on ait appliqué rigoureusement et sans succès les thérapeutiques classiques (insulinothérapie et convulsivothérapies" (19).

Cas pédiatriques

Coquet présenta en 1958 une série de 22 enfants lobotomisés (de 2 1/2 à 17 ans) (20). L'indication principale de la chirurgie était "l'agitation psycho-motrice, rendant la vie familiale impossible". Ces enfants présentaient un lourd retard psycho-moteur, secondaire à une encéphalite ou à une anoxie néonatale ou un traumatisme obstétrical dans la majorité des cas, et ils étaient tous à "à la limite de l'internement". En post-opératoire, Coquet dira que ces enfants restaient "agités, agressifs, mais l'étaient moins", et conclura à 1/3 de bons résultats : "Si les enfants ne sont pas toujours améliorés, ils ne sont pratiquement jamais aggravés", "Ce qui doit d'abord être souligné, c'est la bénignité de ces interventions puisque nous n'avons eu qu'un décès pour 22 cas" et "rappelons que l'intervention a été pratiquée en dernier ressort après l'échec de toutes les thérapeutiques : il n'y avait plus rien à perdre".

Prépondérance féminine

Parmi les cas renseignés, 84% des lobotomisés étaient des femmes (21). Aucune explication n'était fournie par les auteurs à l'époque pour expliquer cette surreprésentation. D'autant plus que la majorité des indications correspondait à des troubles psychiatriques : autant de pathologies où il n'existe pas de prépondérance féminine particulière. Les raisons pourraient être cherchées ailleurs, notamment dans le statut de la femme à l'époque, régi par le code civil de 1804. La femme était considérée comme mineure tout au long de sa vie, et passait de la tutelle de ses parents à celle de son mari.

Problème du consentement

La question du consentement du patient se posait doublement : d'abord parce que le geste chirurgical proposé était lésionnel, définitif et touchait au psychisme du patient, et ensuite parce que dans la grande majorité des cas, les patients proposés à la lobotomie étaient atteints de pathologies psychiatriques lourdes. On pourrait reprendre la définition en 1950 du Pr Portes, qu'il apporta à l'Académie des Sciences morales et politiques, et qui résume bien la problématique de la notion de consentement :

" Le consentement du malade n'est, en fait, qu'une notion mythique. Le patient ne peut consentir, ni à ce qui lui est affirmé, ni à ce qui lui est proposé, si du moins nous donnons au terme de consentement sa signification habituelle d'acquiescement averti, raisonné, lucide et libre..... Aucun subterfuge juridique, aucune hypocrisie ne peut masquer cette inégalité des forces en présence : le médecin est seul à pouvoir exercer une volonté agissante."

Pr PORTES

Académie des Sciences morales
et Politiques - 1950.

Bréjot nous rapporte un exemple illustratif de ce problème de consentement. "...Née en 1916, est la fille aînée d'une famille très catholique d'ingénieurs, chefs d'entreprises de la région parisienne. Élevée dans une atmosphère d'assez grande rigidité, elle se marie assez jeune avec un garçon de son milieu et en a eu six enfants. Les premières manifestations psychopathiques datent de 1942. La malade présente à ce moment là un état dépressif grave avec phénomènes délirants qui fait évoquer au psychiatre qui la voit alors le diagnostic de schizophrénie. Néanmoins au bout de 4 mois, et après quelques électrochocs, la malade est cliniquement guérie. En 1946, cinq à six semaines après un nouvel accouchement, état psychopathique peu franc avec troubles du caractère. Progressivement, il semble que le ménage, au départ fort uni, se dissocie, le mari revient à des activités anciennes dans les œuvres de jeunesse et limite le plus possible son séjour dans la maison. La malade s'occupe d'une maisonnée fort lourde en s'appliquant avec acharnement à des tâches purement matérielles et devenant, aux dires de chacun, de plus en plus froide et inaccessible. En juillet 1948, six semaines après la naissance du 6ème enfant, excitation hypomaniaque avec hyperactivité brouillonne, instabilité. Dix jours en clinique, puis départ à la campagne. Mais là, les troubles caractériels se multiplient spécialement à l'égard de la sœur chez laquelle la malade réside et aussi à l'égard du mari. Les colères à l'égard du mari deviennent de plus en plus fréquentes, motivant de brefs séjours en clinique.

“C’est alors que la famille insiste tout particulièrement pour une intervention neuro-chirurgicale. Le Dr Fouquet, qui suit la malade, demande au Dr Hecaen une consultation à ce sujet. Le Dr Hecaen se montre particulièrement réticent. Après avoir décrit les troubles, il ajoute : “Il me paraît difficile d’admettre la nécessité d’une opération chirurgicale du type lobotomie chez une malade lucide, refusant certainement l’intervention”. Il discute donc la possibilité, chez un sujet parfaitement conscient, d’une intervention et propose une cure de Sakel. Celle-ci est tentée à Neuilly-sur-Marne. La malade se montre très calme dans le service du Dr Rondepierre. Le père et le mari insistent pour une lobotomie, le Dr Puech refuse d’intervenir. La malade rentre à la maison et les troubles caractériels se développent à nouveau : elle réclame avec mauvaise foi la direction, que personne ne songe à lui enlever, des études de ses enfants aînés, une autorité entière, que personne ne conteste, sur les cadets. Il en résulte des disputes fréquentes avec le mari et on en vient aux mains. Le père, habitant non loin de là, est un personnage, petit, maigre, aux gestes secs, précis et méticuleux. Il intervient à plusieurs reprises sans le moindre succès pour apaiser les difficultés et conseille à diverses reprises la “force” à son gendre.

“En janvier 1950, le problème de la lobotomie est à nouveau posé ; les docteurs David et Hecaen se décident à pratiquer l’intervention. Celle-ci se déroule sans incident, la malade est envoyée en convalescence à “La Vallée-aux-Loups” d’où elle s’évade à plusieurs reprises pour retrouver sa famille. Il en résulte des scènes exactement semblables à celles qui ont précédé l’intervention. La famille se décide alors à placer la malade à une distance plus grande, à Fleury-les-Aubrais. Le comportement, dans le service, est marqué par une attitude de protestation froide, sans éclat. À l’occasion des visites du mari, d’ailleurs fort rares, des disputes plus violentes éclatent” (9).

Techniques opératoires

Contrairement à ce que l’on pouvait penser, les techniques opératoires étaient variées. La lobotomie pouvait être totale, c’est-à-dire effectuée sur les deux lobes frontaux, droit et gauche, ou partielle par section unilatérale, électrocoagulation, ou infiltration préfrontale de sérum physiologique ou de novocaïne.

La lobotomie “classique” préfrontale

Après incision cutanée, deux trous de trépan étaient réalisés à l’aide d’une tréphine, de chaque côté de la suture coronale. La substance blanche frontale était sectionnée transversalement en utilisant un leucotome. Si des résistances étaient rencontrées durant le geste, le leucotome était retiré puis réintroduit dans le cerveau un peu plus loin afin d’éviter de léser les vaisseaux et de créer une hémorragie intracérébrale pouvant être mortelle.

La lobotomie transorbitaire était une méthode similaire mais l’approche se faisait par le toit de l’orbite, en soulevant la paupière et en introduisant le leucotome frappé par un petit marteau afin de pénétrer dans la boîte crânienne. Cette technique se faisait souvent sous anesthésie locale, après une série d’électrochocs. Cette méthode fut très utilisée par Freeman aux USA, qui lobotomisa à titre personnel près de 3500 patients.

Infiltration préfrontale

L’infiltration de la substance blanche en région frontale était réalisée à l’aide d’une aiguille de 6 cm de long, et pouvait être répétée quotidiennement. Lazorthes dira : “Une amélioration est en général obtenue dès la deuxième infiltration. Nous avons abandonné l’injection des dérivés de la cocaïne. En effet plusieurs fois l’injection de xylocaïne a été suivie d’une crise comitiale, plus ou moins importante ; parfois un véritable état de mal. C’est pourquoi nous utilisons l’injection de sérum physiologique. Il est en effet probable

LA LOBOTOMIE FRONTALE

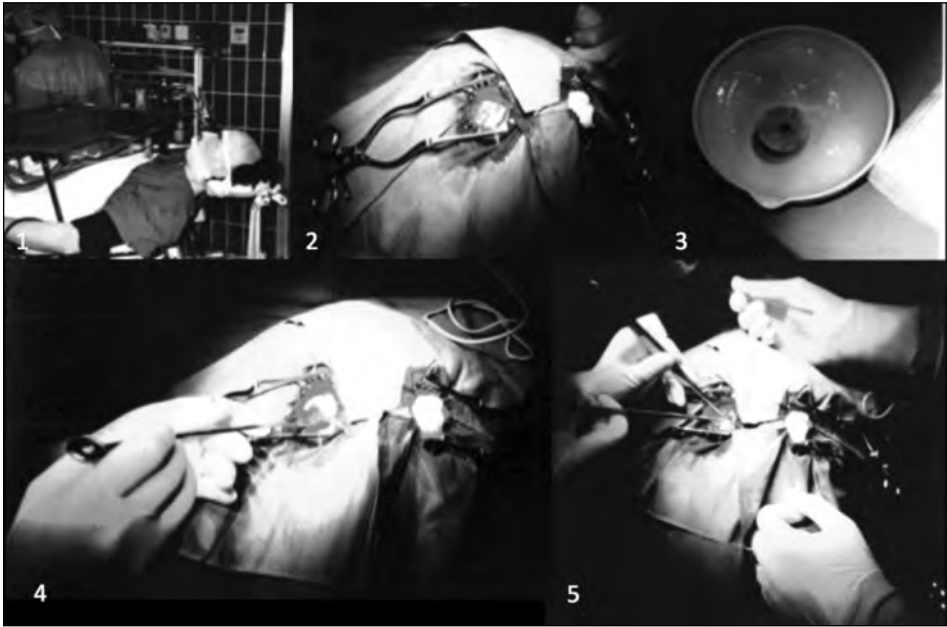


Fig. 7 : Lobotomie préfrontale. 1. Installation du patient et incision coronale. 2. Réalisation d'un trou de trépan à la tréphine. 3. Rondelle osseuse qui sera repositionnée en fin d'intervention. 4 et 5. Leucotome introduit avec section des fibres blanches dans un plan transversal.



Fig. 8 : Cicatrice post-opératoire.



Fig. 9 : 1. Table d'instrumentation. 2. Leucotome.

que le résultat est obtenu par une action mécanique. Nous devons ajouter que nous mobilisons souvent l'aiguille mise en place dans le plan frontal afin d'ajouter à la compression par le liquide, la section par l'aiguille (14)".

L'iridium 194 par voie transorbitaire

J. Catoire décrit sa technique de lobotomie radioactive en 1959 : "Le radioisotope choisi est l'iridium 194. Il n'a pas encore été utilisé en médecine. Choisi pour son émission beta très énergétique, elle est en effet constituée pour 70% par un rayonnement d'une énergie maximale de 2.24 Mev. L'iridium 194 émet également un rayonnement gamma complexe lui aussi. Sa demi vie est très brève : 19h. Les grains sont en iridium pur : ce métal n'est pas toxique et est parfaitement toléré par les tissus. La voie d'accès choisie pour implanter les sources radioactives au niveau du centre ovale est la voie transorbitaire préconisée par Fiamberti en 1937. Aisée et non dangereuse, elle a le grand avantage de ne laisser aucune cicatrice (19)". Le but de cette technique était d'obtenir une radionécrose progressive autour des granulations radioactives disposées dans les lobes frontaux. L'avantage était la rapidité de cette technique (10 minutes), effectuait sous anesthésie locale, et pouvant être pratiquée "en toute sécurité chez des personnes âgées, en mauvais état physique, ou même chez des patients cardiaques qui ne supporteraient pas des traitements par convulsivothérapie". "Contrairement aux leucotomies classiques, la leucotomie à isotope au contraire ne change jamais la personnalité" (19).

L'électrocoagulation préfrontale

"L'électrocoagulation est pratiquée à travers un petit trou de trépan dans chaque pôle frontal, en un point précis, géométriquement déterminé, grâce à un appareil de visée et à un contrôle radiologique préopératoire. La précision de la localisation, la discrétion de la mutilation cérébrale, sa parfaite limitation, sont les garants de l'innocuité du procédé, de sa bonne tolérance et de l'absence de troubles psychiques secondaires. L'intervention est infiniment moins délabrante que la lobotomie préfrontale classique, génératrice, en raison de l'étendue de la section nerveuse, d'atteintes de la personnalité qui ont suscité tant de critiques au point de vue social, moral et religieux" (18). Cette électrocoagulation est réalisée à travers un petit trou de trépan de chaque côté en frontal, à l'aide d'un générateur spécial à bas voltage et de moyenne fréquence. Après publications des premiers résultats, la technique va progressivement évoluer vers la lobotomie partielle, afin de protéger l'intégrité mentale.

En 1950, De Greff déclarait : "l'importance de la matière à sacrifier ne doit pas se mesurer à la violence des symptômes ; à moins qu'on ne soit décidé à réduire coûte que coûte le malade au silence, comme il semble hélas, qu'on l'ait déjà fait en grande série". Verspreuwen déclarait en 1954: "Que l'on commence donc toujours, par respect pour la personnalité humaine, et par prudence, par pratiquer une intervention unilatérale que l'on pourra ultérieurement, si nécessaire, compléter par l'autre côté. En revanche, lorsqu'un patient a été trop libéralement leucotomisé et peut passer le restant de ses jours sur une chaise percée avec la bouche et les sphincters béants, il est trop tard pour se repentir (22)".

Les suites opératoires – Un regard plus nuancé

Les suites opératoires dépendaient beaucoup de la pathologie initiale, et de l'agressivité de la lobotomie subie. Les résultats ne seront pas les mêmes selon que le patient aura été largement lobotomisé, ou partiellement lobotomisé.

LA LOBOTOMIE FRONTALE

Selon Cosyns-Duret, durant la période post-opératoire, “le lobotomisé est avant tout un être indifférent, apathique et aboulique. Ses centres d’intérêts sensoriel et intellectuel sont limités au concret, ses facultés spéculatives sont réduites, son attention est instable et vagabonde. La diminution de sa spontanéité et de son initiative idéomotrice, jointe à une indulgence exagérée envers soi-même, crée en lui un état de dépendance narcissique vis-à-vis du monde extérieur, rappelant curieusement le type infantile. En plus de cette diminution globale de ses capacités intellectuelles et de son affectivité, le malade leucomotomisé peut, évidemment, garder des troubles mentaux préexistant à l’opération comme des idées délirantes, des hallucinations et des obsessions (23)”.

Il peut exister une période de confusion mentale variable et une indifférence cédant au bout de 1 à 4 semaines généralement. Il peut exister des réactions excessives aux diverses stimulations, avec démangeaisons, des réactions érotiques ou encore des “peurs instinctives des piqûres, avec parfois réactions de fuite, nécessitant deux ou trois personnes pour les immobiliser” : “Les réactions provoquées par des stimulations simples, telles que le pincement, la piquette, le chatouillement, le froid, sont généralement vives, immédiates, accompagnées de réactions de défense, et souvent associées à des réactions émotives telles que le fou-rire ou une attitude légèrement hostile, avec des réponses verbales diverses (“laissez-moi, vous m’embêtez”, etc.). [Chez certains malades, les stimulations paraissent provoquer des réactions érotiques.] Dans le premier mois post-opératoire, les malades ont souvent une peur instinctive des piqûres, avec parfois réactions de fuite, nécessitant deux ou trois personnes pour les immobiliser (24)”.

Au niveau sensoriel, il existe très souvent une légère photophobie, avec larmoiement. Le bruit est souvent mal supporté. Au niveau affectif, certains patients présentent une “incontinence émotivelle”, avec rire et pleurs immotivés, ou alors l’inverse, une absence de réaction affective. Comme cette patiente qui déclara : “Là où j’ai remarqué une différence, c’est au point de vue affection ou plus exactement, émotivelle. Il me semble être devenue incapable de ressentir une forte émotivelle : qu’il s’agisse du récit d’un accident tragique, d’une lecture touchante ou d’un film sentimental, plus rien ne m’émeut : je ne sens surtout plus monter en moi cette grosse émotivelle qui gonfle le cœur et monte à la gorge. Enfin, il paraît qu’il y a au cinéma les gens qui pleurent et ceux qui ne pleurent pas : je suis maintenant dans ceux qui ne pleurent pas”. Cette patiente insistait également sur le caractère de libération ressentie après la lobotomie : “Tout s’est passé comme si un bouquet de fleurs, ligoté de ficelles et emballé dans un papier serré, était tout à coup délié et mis dans l’eau : ainsi toutes mes facultés, libérées, se sont de nouveau épanouies, chacune a sa place. Mais il ne suffit pas que le bouquet soit délié, il faut aussi qu’il soit mis dans l’eau, et cette eau, cela a été, pour moi, l’affection et la compréhension sympathique dont j’ai été entourée (23)”.

La plupart des auteurs s’accordaient sur la nécessité d’une rééducation après lobotomie. Perret déclare ainsi en 1955 : “la rééducation de la pensée abstraite et les difficultés d’adaptabilité sociale paraissent évidentes à la plupart des observateurs avertis. Ceci est d’ailleurs une remarque générale à opposer aux résultats un peu trop optimistes, nous semble-t-il, prétendant que la lobotomie n’entraîne pas de déficit intellectuel. Le patient devait en effet réapprendre les gestes simples de la vie courante (s’habiller, se laver, contrôler ses sphincters). La psychothérapie des troubles mentaux subsistants était souvent nécessaire. L’affectivité du sujet opéré devait également être stimulée (25)”.

Résultats et complications

L'analyse des résultats des lobotomies est rendue difficile, en raison du caractère parfois très subjectif des évaluations post-opératoires, du suivi à court terme dans certaines séries, et de critères de réussite très variables selon les auteurs. C. Feuillet publie en 1959 ses doutes concernant la véracité de tous les résultats publiés, sans pour autant condamner cette technique qu'il considère donner "d'assez bons résultats", "dans des affections mentales très graves". Il dit : "Reste à examiner la qualité des résultats éloignés de la lobotomie préfrontale et la question des séquelles propres à l'intervention. C'est un chapitre passablement épineux, de tous le plus controversé et le plus confus, celui aussi - disons-le franchement -, où le besoin de documents pleinement objectifs et probants se fait le plus vivement sentir. Certes, toute statistique importante de lobotomies ne manque pas de faire état d'excellents résultats sociaux et de belles réussites individuelles. On trouve des lobotomisés médecins, légistes, musiciens, etc., etc... Freeman y ajoute, ce qui ne manque pas de piquant, la mention d'un psychiatre opéré et promu, par la suite, chef de service dans un grand établissement spécialisé. Nous connaissons tous des lobotomisés mariés depuis l'intervention, bons époux et bons pères de famille. Mais il est certain que plus que ces énumérations d'exemples édifiants, on souhaiterait des études individuelles exhaustives.

Rien ne vaut ici l'examen direct. Je pense par exemple à une jeune femme lobotomisée en avril 1952 et mariée ultérieurement, jeune femme que son mari trouve parfaite. En direct c'est une pure schizophrène totalement apathique et passive - le mari qui s'occupe de tout à la maison - même de lever et d'habiller sa femme - est sans doute un philosophe peu exigeant en matière de perfection.

On pourrait, sans difficulté, multiplier des faits semblables, et la tolérance ou l'aveuglement de certaines familles à l'égard de leurs malades réintégrés au foyer, passe parfois toute croyance, l'attitude inverse n'étant d'ailleurs pas rare (6)".

Nous pouvons également citer ce prêtre d'une commune belge, lobotomisé en 1943 à l'âge de 43 ans pour une anxiété malade avec tentative de suicide. Plutôt satisfait, il raconte dans un courrier adressé à son chirurgien, un an après la chirurgie, les modifications constatées : - "Intelligence : tout en ayant conservé une parfaite lucidité, je ne peux mieux résumer mon impression qu'en disant que pour mon intelligence, je semble avoir vieilli d'une dizaine d'années. Je puis encore fournir du travail intellectuel, mais j'ai beaucoup perdu de ma facilité d'invention. - Affectivité : dans ce domaine, je n'ai rien à noter si ce n'est une plus grande sensibilité du côté sexuel. Alors que pratiquement toute ma vie je n'ai eu presque aucune difficulté de ce côté, je dois beaucoup plus me surveiller de ce côté. - La manière de dire la messe, d'entendre les confessions : dans le temps, cela représentait un effort de conscience et de tension très grand. J'en profite ici pour signaler que ce sentiment très vif et très aigu d'hyperconscience que j'avais autrefois et qui me faisait toujours dans la moindre conversation et le plus banal événement découvrir à l'arrière-plan toute une perspective cosmique, a pratiquement disparu. Je me rends compte que je suis beaucoup moins consciemment éveillé, mais j'en fais volontiers mon deuil. Voici, Docteur, en gros ce que je puis vous signaler objectivement dans mon cas. J'en profite pour vous remercier encore de tout cœur de votre dévouement à la fois si compréhensif et si fidèle (23)".

Concernant les complications, les plus fréquentes sont représentées par les crises d'épilepsie (de 1 à 23%), suivi des céphalées chroniques (15%). Le syndrome frontal est très débattu, et varie selon les auteurs de 5 à 100 % des cas...

La fin de la lobotomie

Dès 1950, des voix s'élèvent pour dénoncer la lobotomie. Pour Schwartz en 1950, la lobotomie constitue "une castration primitive de l'espèce la plus horrible". Le 8 avril 1951, le Pr Henri Baruk, psychiatre à la Maison de Charenton, dénonce dans un argumentaire à charge, la terrible erreur de la lobotomie : "1°) Ces opérations n'ont pas un effet curatif, mais elles visent simplement à atténuer certains symptômes gênants, soit pour le malade, soit pour l'entourage, notamment l'anxiété ou l'agitation. 2°) Même à ce simple point de vue symptomatique, les résultats sont incertains, et après une amélioration transitoire on peut voir l'aggravation des symptômes que l'on prétendait calmer, notamment en ce qui concerne l'agitation. 3°) Même dans les cas où une amélioration passagère paraît avoir été obtenue dans des troubles comme l'anxiété, cette amélioration n'est souvent obtenue qu'au prix d'un fléchissement de la personnalité et plus spécialement de la personnalité morale, telle cette malade que nous avons observée, que l'on qualifiait de trop bonne mère par le souci excessif qu'elle avait de la santé de ses enfants, et qui après l'opération, était devenue tellement indifférente qu'elle était incapable de remplir ses devoirs familiaux et qu'elle dut être internée ! De tels traitements risquent de dégrader la personnalité et de réaliser de véritables victimes, avec une déchéance définitive. 4°) En outre, ces traitements peuvent faciliter des abus très graves. Ils ouvrent la voie à se délivrer de malades gênants en faisant exécuter cette opération qui parfois même prend l'allure d'une sanction. Le risque est d'autant plus grave que des facteurs inconscients peuvent agir soit sur le médecin, soit même sur les infirmiers qui, par paresse, peuvent pousser à cette thérapeutique pour s'éviter le travail pénible de soigner des malades difficiles et pour s'en débarrasser par la chirurgie. 5°) La mesure ainsi prise est d'autant plus grave que l'on transforme un trouble fonctionnel plus souvent guérissable qu'on ne le croit en une lésion organique définitive, dont les conséquences tardives sont encore plus redoutables et dont les plus fréquentes sont l'épilepsie, la déchéance morale et la démence. En outre, l'habitude de telles thérapeutiques constitue pour le psychiatre un entraînement à la paresse, à la baisse de l'examen clinique, de l'esprit de recherche et de dévouement à l'égard de ses malades, carence que l'on marque par des thérapeutiques artificielles qui trompent le public. 6°) Les bases scientifiques de cette thérapeutique ne sont pas solides. Les expériences faites sur les animaux sont insuffisantes et plutôt alarmantes. À ce sujet, nous avons, avec notre regretté ami le neurochirurgien Pr Puech, effectué des lobotomies et opérations sur les lobes frontaux chez les singes dans notre laboratoire de neurochirurgie expérimentale chez les animaux de la Maison Nationale de Charenton. Tous nos animaux, après des suites opératoires excellentes et après une période plus ou moins longue où ils paraissaient peu modifiés, sont devenus ensuite de plus en plus impulsifs et tous sont morts trois ou quatre ans après d'épilepsie (7). (...) Les essais entrepris chez l'homme prennent plutôt la forme actuellement d'une expérimentation dangereuse plutôt que d'une vraie thérapeutique. C'est pourquoi, je m'adresse tout spécialement aux médecins Juifs. À l'heure où la conscience des médecins de divers pays est tourmentée par ce problème médical et moral, il serait grave que le peuple Juif laisse effectuer dans son pays des expériences sur des êtres humains qui, par certains côtés, pourraient rappeler des souffrances dont il a été lui-même victime. Si le peuple Juif a tant souffert d'avoir été l'objet de la plus affreuse violation de la personne humaine, il se doit de donner l'exemple et d'être à la tête de la défense des droits sacrés de l'homme dans tous les domaines".

Il dira à propos de cette technique chirurgicale, “la guerre la plus acharnée que j’ai menée concerne la lobotomie. (...) La bataille des électrochocs et de la lobotomie s’est étendue sur de nombreuses années et j’ai eu le bonheur de voir les thèses que je soutenais avec d’autres l’emporter enfin à peu près partout dans le monde, (...) je me suis toujours rangé parmi les adversaires de cette technique que je considère comme barbare et dangereuse. J’ai été ainsi fidèle à la ligne de conduite qui a toujours été la mienne : joindre les données scientifiques aux sentiments d’humanité”.

Ley en 1954 publie *La tentation psychochirurgicale* où il dénonce l’atteinte grave de la dignité humaine : “Plus aucun médecin, à l’heure actuelle, ne conteste que la psychochirurgie constitue une atteinte grave à la personne humaine. Elle lèse directement le cerveau d’une manière indélébile, et c’est ce qui lui confère un caractère d’exceptionnelle gravité. Sans doute, les conséquences de ces altérations peuvent-elles être en grande partie compensées par la rééducation, mais il n’en est pas moins vrai que le lobotomisé reste un frontal, un très petit frontal parfois, mais un frontal quand même [...]. Sans doute, l’expérimentation thérapeutique est-elle une nécessité. Mais sa condition essentielle est qu’elle ne soit pas plus dangereuse que la maladie elle-même. Or, lorsqu’on parcourt la littérature de la lobotomie, on constate, hélas, que les préoccupations expérimentales ont souvent dominé le souci thérapeutique : très fréquemment, il s’agit d’essais tentés en désespoir de cause - et sans aucune idée directrice bien précise. D’autre part, certains esprits localisateurs auront peut-être des idées trop précises : quelle tentation pour eux de se dire que, tout en soulageant ces pauvres aliénés qui souffrent (ou dont la personnalité est quand même déjà si altérée qu’on ne peut plus leur faire grand mal...), on va pouvoir “déconnecter” successivement les diverses areas de Brodmann et voir ce qui va se passer... On se défendra bien entendu de faire de l’expérimentation *in anima vili* : ce sera toujours un traitement, mais on fera en cours de route des observations intéressantes... (8)”.

Mais c’est véritablement l’arrivée de la “lobotomie chimique” avec le premier neuroleptique qui mettra un frein brutal à l’essor de la lobotomie. La chlorpromazine fut mise au point en 1951 par le chimiste français Paul Charpentier, et sera reprise en médecine ensuite par deux psychiatres de l’hôpital Sainte-Anne à Paris, Jean Delay et Pierre Deniker, pour ses effets anti-psychotiques. D’abord commercialisée en France sous le nom commercial de Largactil en 1952, elle sera reprise ensuite aux États-Unis sous celui de Thorazine en 1954. Ce nouveau traitement va réduire drastiquement le nombre de lobotomies dans le monde. En France, à partir de 1955, les lobotomies vont devenir exceptionnelles, même si la dernière lobotomie retrouvée remonte à 1991.

Conclusion

La lobotomie était un geste chirurgical plus de l’ordre de l’expérimentation que de la thérapeutique. Cette technique est apparue à une période où la psychiatrie était dépourvue de thérapeutique efficace, et se pratiqua en France essentiellement de 1947 à 1955. Les indications étaient variées, les techniques nombreuses, et les résultats difficilement analysables. L’apparition du premier neuroleptique mettra un frein brutal à la pratique de cette technique chirurgicale, certainement la plus décriée de toute l’histoire de la médecine. Au final, c’était “un terrible cas de conscience avec une double culpabilité : celle de ne pas faire ce qu’il faut faire et celle de faire ce qu’il ne faut pas”.

LA LOBOTOMIE FRONTALE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) "The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1949". *Nobelprize.org*. Nobel Media AB 2014. (Accessed at http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949).
- (2) ZANELLO M., PALLUD J., BAUP N., PEETERS S., TURAK B., KREBS M.O., et al.- History of psychosurgery at Sainte-Anne Hospital, Paris, France, through translational interactions between psychiatrists and neurosurgeons. *Neurosurg Focus*. sept 2017 ; 43(3).
- (3) MESLE F., VALLIN J.- La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ?, *Population*, 36 ème année, n°6, 1981, 1035-1068.
- (4) PLAZE M., KREBS M.O. - From shock therapies to new neuromodulation techniques. *Soins Psychiatr.*, juin 2013 ; (286), 30-33.
- (5) LEVÊQUE M., CABUS S.- *La chirurgie de l'âme*, Paris, J.C. Lattès, 2017.
- (6) FEUILLET C. - Remote results of prefrontal lobotomy. *Rev médicale de Nancy*. juin 1959 ; 84, 628-641.
- (7) BARUK H. - La médecine mosaïque et la lobotomie, *Histoire de la médecine hébraïque* (8 avril 1951).
- (8) LEY J. - The temptation of psychosurgery. *Acta Neurol Psychiatr Belg*, mai 1954 ; 54 (5), 317-330.
- (9) BREJOT A. - Essai sur la place de la lobotomie dans le drame familial. 1951.
- (10) MASSION-VERNIORY L., DUMONT E. - Considérations sur la leucotomie unilatérale. *Acta Neurol Psychiatr Belg*, mai 1954 ; 54(5), 331-350.
- (11) ANGLADE L., FRAILLON J., FESSARD J., MAUNOURY P. - 5 Years' experience with lobotomy at the Sarthe Psychiatric Hospital ; failures and social rehabilitation. *Ann Med Psychol* (Paris), mars 1955 ; 13 1(3), 420-429.
- (12) MASSOT N. - Results in 120 cases of lobotomy. *J Med Lyon*. 20 oct 1955 ; 36 (859), 745-748.
- (13) FROMENTY L. - Reflections on 100 personal cases of prefrontal lobotomy. *Rev Otoneuroophthalmol*. 1956 ; 28 (3), 157-168.
- (14) LAZORTHES G., GAYRAL L., ANDUZE-ACHER H. - 10 years of psychosurgery : 1954-1965. *Ann Chir*. sept 1967 ; 21(15), 1003-1009.
- (15) LAZORTHES G., ESPAGNO J., ANDUZE-ACHER H., VAN HONG N. - Frontal operations and organic pain (à propos of 21 cases). *Neurochirurgie*. mars 1963 ; 9, 97-100.
- (16) WERTHEIMER P, MICHON L. - Lobotomy in pain from cancer. *Lyon Chir*. 1957; 53 (4) : 614-616.
- (17) CATTAN R. - Indications et résultats de l'électrocoagulation préfrontale dans la rectocolite ulcère-hémorragique. *Acta Gastroenterol Belg*. 1957 ; XX : 515-524.
- (18) BUCAILLE M. - Electrocoagulations du cerveau préfrontal. *Acta Gastro-Enterol Belg*. 1957.
- (19) CATOIRE J. - Une psychochirurgie nouvelle : L'Iridium 194 par voie transorbitaire. *Scalpel (Brux)*. 1959 ; 112 (44) : 1063-1076.
- (20) COQUET P., KOHLER C., LECUIRE J., ROCHE M. - Psychosurgical interventions (lobotomies & topectomies) as treatment of various severe & irreducible agitation states in children & adolescents; evaluation of 22 cases with study of late results. *Pediatrie*. 1958 ; 13 (2), 167-173.
- (21) TERRIER L.M., LEVÊQUE M., AMELOT A. - Brain surgery : Most lobotomies were done on women. *Nature*. 30 août 2017 ; 548 (7669), 523.
- (22) VERSPREUWEN R. - Les indications de la psychochirurgie. *Acta Neurol Psychiatr Belg*. 1954 ; LIV : 351-358.
- (23) COSYNS-DURET S. - Considération sur la psychothérapie après lobotomie. *Acta Neurol Psychiatr Belg*. 1954 ; LIV : 378-385.
- (24) MESSIMY R. - Sur les troubles sensitifs et sensoriels observés après lobotomie ou topectomie préfrontales. *Arq Neuropsiquiatr*. 1952 : 305-314.
- (25) MONDAIN P, POCHARD M. - Long-range results of lobotomy in 34 mental patients. *Toulouse Méd*. 1956 ; 57(5) : 375-381.

RÉSUMÉ

Mise au point en 1936 par Egas Moniz, la lobotomie se définit comme un acte chirurgical lésionnel et définitif sur le cerveau, en sectionnant les fibres blanches des lobes frontaux dans le but de traiter certaines pathologies psychiatriques. Des milliers de patients furent lobotomisés à travers le monde, avec des conséquences gravissimes sur la personnalité et le respect de la dignité humaine. En France, cette technique s'est répandue principalement dans les années 1947-1955. Nous avons essayé de comprendre comment une telle technique, aussi barbare que la lobotomie, avait pu se répandre au monde entier pendant des années, et même se voir récompenser d'un prix Nobel ? Nous avons retracé l'histoire de ce dérapage chirurgical, à partir d'une revue de la littérature inédite de 1935 à 1985 dans le pays où la lobotomie fut présentée pour la première fois au monde, en France, et où la mise au point du premier neuroleptique, 16 ans plus tard, par un chimiste français, mit un frein brutal à cette pratique chirurgicale.

SUMMARY

Pioneered in 1936 by the Portuguese neurologist and politician Egas Moniz, lobotomy is a lesional and definitive surgery on the brain, which consists of splitting white fibers in the frontal lobes. Thousands of patients have been lobotomised around the world with serious consequences for their personalities and for human dignity in general. This surgical technique has been extensive in France mainly from 1947 to 1955. The vast majority of the medical indications concerned mental disease. This surgical technique ended when the first neuroleptics arrived.

Comptes rendus d'ouvrages

SCHLOGEL Gilbert - *Philippe Mouret. Une (r)évolution par la coelio-chirurgie.* Sauramps Medical, Paris, 2017. 214 p.

Qui de plus légitime que Gilbert Schlogel, chirurgien et romancier, pour évoquer le souvenir du docteur Philippe Mouret, dont la vie fut un véritable roman ? Qui de plus autorisé que l'auteur des *Princes du sang* pour nous conter la (r)évolution par la coelio-chirurgie, dont le héros aurait pu ouvrir un nouveau chapitre de sa célèbre saga chirurgicale ? Avec ce petit livre sur "le Français qui a bouleversé la pratique chirurgicale du monde entier", Gilbert Schlogel nous trace une épopée, celle de la chirurgie endoscopique digestive, mais aussi l'histoire d'un homme, inconnu de la plupart de ses confrères dont il a pourtant révolutionné la pratique, le docteur Philippe Mouret (1938-2008).

Chirurgien généraliste, et qui tenait à ce titre, Mouret se forma dans les meilleurs services de chirurgie de Lyon. Le destin lui fit un jour croiser la route de Michel Cognat, Lyonnais comme lui, qui était allé se perfectionner à l'hôpital Broca auprès du gynécologue Raoul Palmer, le père de l'exploration coelioscopique du pelvis, et bientôt de sa chirurgie, et auquel ce livre consacre logiquement un long chapitre. Opérateur aussi curieux qu'infatigable, faisant fi des barrières entre spécialités chirurgicales, Mouret, à l'instar de quelques confrères provinciaux comme Hubert Manhès ou Maurice-Antoine Bruhat, fit plus qu'observer et diagnostiquer avec l'optique de son coelioscope. Par cette nouvelle technique empruntée aux gynécologues, technique qu'il améliora sans cesse, il multiplia les gestes chirurgicaux, là des libérations de brides, ici l'ablation d'un appendice enflammé, progressant du petit bassin à l'étage sus-mésocolique, jusqu'à ce 13 mars 1987, date de la première cholécystectomie par coelioscopie.

Même si l'Allemand Erich Mühe semble avoir pratiqué cette intervention avec un matériel différent avant lui, l'accueil de cette "première" fut mitigé, avec son lot d'éternelles Cassandre, de jaloux, de sceptiques, de "ricaneurs", mais aussi d'enthousiastes qui allaient bientôt graviter autour de la petite équipe formée de Mouret, son aide et compagne Christine, et son anesthésiste Geneviève Cadieu. Certains de ces enthousiastes se lancèrent dans l'aventure dans quelques centres dont Gilbert Schlogel nous trace l'histoire. Périssat à Bordeaux, Mouiel à Nice, Estour, Espalieu, Bruhat... allaient améliorer encore la technique, notamment grâce à la vidéo que Mouret utilisera pour la promotion jusqu'en Amérique de cette "New French revolution", perfectionner l'instrumentation, élargir les indications, ... jusqu'à aujourd'hui où la coelio-chirurgie est devenue la règle et "l'ouverture du ventre" l'exception !

Chantre de cette chirurgie micro-invasive et ambulatoire qu'il avait initiée et à laquelle Gilbert Schlogel consacre deux chapitres, Philippe Mouret se lança dès 1990 dans la création d'un centre entièrement dédié à cette approche visionnaire. Mais la machine administrative française, sans doute mue en cachette par quelques envieux se reposant sur le vide juridique et réglementaire entourant cette nouvelle pratique, aura raison de son enthousiasme, de son ardeur, de son emballement diront certains, et, pour finir, de ses

biens qu'il avait investis dans l'aventure. Faillite, liquidation judiciaire, condamnation puis exclusion par le Conseil de l'Ordre en 2002... Contraint à aller exercer son art hors de France, ce fut l'aventure de l'Hôpital Français de Hanoï où j'eus l'honneur et le plaisir de travailler avec ce personnage aussi attachant que bourru, aussi simple et modeste avec ses confrères de toutes spécialités qu'il était célèbre dans de nombreux pays, du Vietnam où il dispensa son savoir, à l'Inde, en passant par les États-Unis et l'Italie...

Gilbert Schlogel consacre un chapitre aux relations que Philippe Mouret, travailleur infatigable, entretint avec l'industrie de l'instrumentation, notamment avec l'Américain Storz, et à sa crainte de voir la sophistication technique priver les pays en voie de développement, qu'il connaissait si bien, de ses avancées. Un autre chapitre est consacré à la relation privilégiée d'amitié née entre l'auteur et le "héros" de cette évolution médicale, terme que Mouret préférait à celui de révolution, mot teinté de risque, de hasard et de danger, notions qui lui étaient étrangères quand il s'agissait de ses malades. Couvert d'honneurs, notamment premier chirurgien français décoré en 2007 du prix de la Fondation Honda, mais aussi, ironie ou cynisme, citoyen d'honneur de la ville de Lyon, pour laquelle il avait tant donné et qui l'a si peu remercié, Philippe Mouret, se sachant condamné, caressa l'idée avec ses proches d'une fondation pour la diffusion de son œuvre, qui hélas ne verra pas le jour. Il mourut d'un cancer à soixante-dix ans.

Le livre de Gilbert Schlogel se termine par un long chapitre sur l'essor de la chirurgie mini-invasive et ambulatoire tant en orthopédie qu'en chirurgie thoracique, sans oublier la chirurgie bariatrique ou l'urologie, avec ou sans l'utilisation de la robotique ouvrant la voie à la téléchirurgie, sans oublier non plus l'essor de la chirurgie endoscopique trans-luminale par les voies naturelles... Les mêmes individus qui jetèrent l'opprobre sur Philippe Mouret, médecins, chirurgiens, administratifs, politiques, dont ce dernier ne fit jamais le procès tant en public qu'en privé, pas plus que son biographe d'ailleurs, font que la France, pourtant pionnière, est aujourd'hui à la traîne des autres pays occidentaux dans la chirurgie ambulatoire dont les bénéfices pour les malades comme pour les organismes payeurs est pourtant évident.

Lire ce livre, qu'on aurait sans doute préféré moins technique, plus romancé sous la plume si plaisante de Gilbert Schlogel, et le faire connaître au monde médical, notamment aux jeunes chirurgiens qui ignorent même le nom de Philippe Mouret, fait véritablement partie de ce devoir de mémoire dont on use et abuse aujourd'hui pour tout et n'importe quoi.

Jean-François Hutin

SAMAMA Evelyne - *La médecine de guerre en Grèce ancienne*, coll. *De diversis artibus*, T. 98, Brepols, Turnhout, 2017.

Le titre ne correspondant pas au contenu, et les méthodes employées me paraissant critiquables, je me borne à donner la table des matières de ce gros volume de 588 pages.

Préface. Table des abréviations. Sources.

Introduction : I. Histoire des conflits, histoire des soldats, rappel bibliographique. II. Les sources antiques.

Première partie : la bataille. III. Bataille des chiffres et secret défense. IV. La blessure : réalité et fiction. V. Préparer les hommes à la bataille rangée. VI. La bataille rangée : le principe, les armées. VII. *Si vis pacem, para bellum*. VIII. L'épreuve des sièges. IX. Blessures hors combat. X. Blessures de combat. XI. Les animaux de combat : un autre risque. XII. En route. XIII. L'épuisement du soldat. XIV. Maladies et épidémies. XV. Les

conditions de vie des commandants. XVI. Le cas d'Alexandre. XVII. Les chefs : des combattants hors du commun ? XVIII. Médecine et politique ou les périlleuses conséquences d'un chef malade. XIX. Médecin, patriote ou empoisonneur ? XX. L'arme sanitaire.

Deuxième partie : les soins. XXI. Assister, protéger, évacuer. XXII. Premiers secours. XXIII. Le service de santé des officiers. XXIV. Médecine de survie et traumatologie. XXV. Douleur et analgésie. XXVI. Les risques liés à l'hémorragie, à l'infection et à la gangrène. XXVII. Gestes chirurgicaux. XXVIII. Remèdes externes et bandages. XXIX. Amputation et prothèse. XXX. Traitement des morsures et empoisonnements. XXXI. Maladies collectives et pestilences. XXXII. Soins aux convalescents. XXXIII. Pour l'ennemi, soins ou tortures ? XXXIV. Médecin de cour : un poste à risque. XXXV. Vétérans et blessés de guerre.

Conclusion. Annexes. Bibliographie. *Index locorum*. *Index nominum*. *Index verborum*. Table des matières.

Danielle Gourevitch

FABBRI Lorenzo - *Il papavero da oppio nella cultura e nella religione romana*, Biblioteca dell'“Archivum Romanicum” - Serie I: Storia, Letteratura, Paleografia, vol. 469, Olschki, Florence, 2017.

À quoi sert le pavot dans le monde romain ? Quels fantasmes éveille-t-il ? On le voit partout, dans les jardins bien sûr, jardins d'agrément et jardins médicinaux, mais aussi dans toutes les formes d'art : fameuses fresques de la maison de Livie à Prima Porta, plaques Campana, bas-reliefs de l'*Ara Pacis*, glyptique (1), numismatique, sarcophages et urnes, statuaire en particulier impériale (Livie, Julia Domna), divine (Cérès, Proserpine, Cybèle, Vénus verticordia) et mythologique (Médée, Créüse, Endymion) et dans une vaste gamme d'ouvrages littéraires, avec Plaute, Apulée, Virgile, Ovide, les *Priapeés*, Tite Live, Macrobe..., l'auteur ayant recours aux sources grecques si nécessaire, Aristophane, Galien, Hésiode, Denys d'Halicarnasse, Aristote, Strabon etc., ceci sans excès ni déséquilibre, car il est soucieux de souligner l'originalité et l'adaptabilité romaines vis-à-vis du monde grec. Donc une composition en deux grandes parties, littérature et art, facile à suivre, après la description de la plante *Papaver somniferum*, avec toutes ses caractéristiques, ses usages alimentaires, et pharmacologiques, ses significations symboliques, dans la religion et dans les pratiques culturelles et funéraires, associée aux divinités, et comme remède médical et magique de bien des maux. Déjà auteur de deux articles dans la même veine, l'un consacré à “Livia e il simbolismo del papavero da oppio e delle spighe nella glittica romana”, dans la revue *Acme (Annali della Facoltà di Studi Umanistici dell'Università degli Studi di Milano)*, 62, 2009, 325-343 ; l'autre à “Livia, Dea Augusta, dea Cerere. Sul dupondio coniato dall'imperatore Claudio nel 42 d.C.”, *Rivista italiana di numismatica e scienze affini*, CXII, 2011, 173-183”, M. Fabbri (qui enseigne aujourd'hui à Milan), avec l'aide d'un éditeur sensible à la beauté du livre-objet, a fait de sa thèse de doctorat un livre riche et séduisant, avec un cahier de photographies en couleurs, attrayant et instructif, tant pour les historiens (histoire romaine, histoire des religions, oniromancie, mythologie, littérature, histoire de l'art, histoire de la médecine et de la cuisine) que pour les botanistes et les amateurs de jardins ; on regrettera néanmoins que, pour ce domaine, dans la bibliographie, pourtant très fournie, n'ap-

(1) Dont le fameux Camée de France, de notre Bibliothèque nationale.

paraissent pas les noms de Guy Ducourthial, lui aussi curieux de symbolique végétale, ou de Suzanne Amigues, impeccable érudit et voyageur infatigable sur le terrain. Nos lecteurs remarqueront les pages consacrées, dans le premier chapitre, au “presunto caso di Marco Aurelio”, pour lequel l’auteur, tout en ayant recours à Galien, ne croit pas à la toxico-dépendance de l’empereur à l’égard de l’opium, le plus puissant constituant de la fameuse thériaque (2). Néanmoins il admet que celui-ci pouvait être “effettivamente dipendente dei farmaci”, vu qu’il souffrait de “malanni cronici”, ce qui n’est pas un bon argument, la pharmaco-dépendance étant en elle-même une pathologie (3).

Danielle Gourevitch

(2) Contrairement à D. Gourevitch-M. Gourevitch, “Chronique anachronique. IX. Marc-Aurèle devint-il toxico-dépendant ?”, *L’Évolution psychiatrique*, 48, 1983, 253-256.

(3) Des mêmes auteurs, et toujours pour le corpus galénique, “Chronique anachronique. X. La mauvaise foi du toxicomane”, *L’Évolution psychiatrique*, 48, 1983, 587-591.

ZIMMER Alexis - 2016, *Brouillards toxiques. Vallée de la Meuse, 1930*, Contre-enquête, Bruxelles, Zones sensibles, 267 p.

Mais que s’est-il donc passé, en ce mois de décembre 1930, pour que plusieurs dizaines de personnes décèdent subitement dans la commune d’Engis en Belgique et dans ses environs ? Le brouillard qui recouvrait alors la vallée de la Meuse est-il en cause ? Et quid de ces industries chimiques ou charbonnières qui pullulent aux alentours ? Sont-elles en cause ou tout ceci n’est-il que “bobard” comme le pense Maurice Halbwachs depuis son séjour américain ? Les autorités sont partagées, hésitantes, accusant, puis se rétractant. Pourtant en moins d’un an, une série de commissions d’enquête résout le mystère : c’est une combinaison de soufre et de circonstances météorologiques particulières qui explique cette soudaine morbidité. Alors, pourquoi revenir sur cet épisode, que l’histoire des sciences a retenu comme étant la première démonstration scientifique de la mortalité de la pollution atmosphérique, plus de 75 ans après ? Quel est le but de cette contre-enquête que le biologiste et philosophe Alexis Zimmer a réalisée dans le cadre d’une thèse de doctorat soutenu en 2013 à l’université de Strasbourg et qu’il publie aujourd’hui sous la forme d’un ouvrage de très belle facture, richement illustré, chez l’éditeur belge “Zones sensibles” ?

Il ne s’agit pas pour lui de critiquer les conclusions émises alors par les experts et les autorités, ni même de chercher à aborder avec un regard contemporain les causes de cette catastrophe. Il souhaite plutôt mettre en évidence les conditions historiques de possibilités de cet événement en se demandant “Comment la vallée de la Meuse est-elle devenue un puissant générateur de brouillards mortels ?” (p. 25). Pour répondre à cette question, il aborde un à un, au fil des douze courts chapitres qui composent son volume, les éléments qui ont permis, soutenu ou rendu possible cet épisode singulier. Zimmer entend ainsi proposer un autre récit que celui que l’histoire traditionnelle des sciences a produit, montrant comment ce brouillard condense en fait un siècle d’histoire belge et européenne ; une histoire environnementale certes, mais pas seulement. C’est en effet au carrefour de l’histoire de la médecine et de la santé, de l’histoire technique et industrielle, mais aussi de l’histoire sociale et politique de la Belgique et des pays voisins, et de l’histoire plus globale de l’expertise scientifique qu’il nous convie pour reconstituer, sur la base d’un travail d’archives patient et particulièrement mis en valeur dans son texte, les raisons et les causes, nécessairement plurielles, qui ont rendu possible l’apparition, en décembre 1930, de ce brouillard mortel.

Après une introduction originale posant, sur la seule base d'extraits de journaux d'époque, le décor et les enjeux de son enquête, Zimmer détermine la nature exacte de l'histoire "discursive et matérielle" (p. 37) qu'il entend écrire en revenant sur la notion de météore à laquelle il associe le brouillard. À l'instar de ce que la notion antique laissait entendre, le météore est en effet cette chose suspendue qui annonce les mutations d'un monde en cours. De ce point de vue, le brouillard, qui dit beaucoup de l'industrialisation massive qu'a connue au cours du XIX^{ème} siècle la vallée de la Meuse, peut être qualifié par ce vocable. Ce qui fait de Zimmer un météorologue tentant d'ordonner par le récit la multitude de protagonistes, d'événements et de transformations à l'œuvre dans ce phénomène. Son premier pas (chapitre 2) consiste à revenir sur les enquêtes produites à la suite de ce brouillard, afin de saisir leur contenu autant que leurs enjeux, notamment en s'attardant sur les acteurs impliqués dans leur production. Constatant que ces experts insistent particulièrement sur la naturalité du phénomène, il se penche ensuite (chapitre 3) sur la (les) nature(s) mise(s) en avant dans la poursuite des enquêtes. De la nature singulière du brouillard à celle des corps des décédés, en passant par celle de la vallée qui les accueille, il note une "tendance de l'expertise à *naturaliser* la catastrophe" (p. 69), allant jusqu'à inclure les usines dans le paysage. Il constate également que cela influe sur les politiques et en particulier sur l'absence de décisions effectives face aux rejets des industries. Il faut dire que le charbon, sous toutes ses formes, fait partie de l'histoire de la région et de la vie des hommes qui y habitent. Plus encore, comme le précisent les chapitres 4 et 5, le charbon est au cœur même de la construction de la Belgique comme territoire, comme puissance technologique et économique, ainsi que comme nation. La vallée et ses nombreuses infrastructures industrielles sont donc aussi le résultat de cet essor, de cette "modernisation" de la Belgique et de l'Europe engendrée par la révolution industrielle. Révolution qui, rappelle Zimmer, a définitivement disjoint les ordres naturel et humain, en faisant du charbon un outil d'émancipation des Occidentaux. Mais cette imposition de l'énergie fossile ne s'est pas faite sans guerres, ainsi que le détaille le sixième chapitre. Les habitants de la vallée se sont en effet, à de nombreuses reprises, soulevés contre cette industrialisation qui défigurait leur paysage autant qu'elle entamait leur santé et celle de leurs animaux. Face à ces contestations et ces oppositions, le gouvernement et l'administration des Mines décidèrent d'opter pour la condensation et la dilution (chapitre 7). Ils convoquèrent en effet les savants pour se pencher sur ces problèmes et pour proposer des solutions techniques aux désagréments engendrés par les usines chimiques ou charbonnières. Ces experts vont alors également travailler à faire admettre la présence industrielle en luttant contre ce qu'ils affirment être des préjugés. La contestation est à leurs yeux, et à ceux du gouvernement, le fait d'une ignorance, et elle peut donc être diluée par de l'information savamment construite et diffusée. L'absence de prise en compte du risque de pollution tient également au changement de statut et de composition qu'a subie l'atmosphère (chapitre 8) au cours des décennies précédentes. Le XIX^{ème} siècle marque en effet l'abandon de l'ancienne conception de l'air, qui avait encore de l'importance dans la considération de la santé des gens, au profit d'une atmosphère dont les chimistes mettent peu de temps à déterminer la nature exacte et surtout universelle. Comment dès lors imaginer que, par endroits, elle peut être composée de plus de particules de charbon, de suie, ou de zinc qu'ailleurs ? D'autant que cela fait des décennies que les corps de vallée ont été modelés par le règne du charbon (chapitre 9). Dès lors, difficile d'accuser les émanations des usines, d'autant plus que l'hygiénisme qui s'impose alors est avant tout un industrialisme (p. 168), tant il assure la santé

de l'ouvrier en vue surtout de sa plus grande productivité. La révolution microbiologique n'aidera en rien, déplaçant le regard et les causes vers ces nouveaux êtres bactériens, parasitaires ou toxiques qu'elle met en lumière. Pourtant, le brouillard n'est pas un phénomène nouveau, et depuis plusieurs décennies, à mesure qu'il envahissait régulièrement les villes européennes, il a fait l'objet d'une attention scientifique accrue (chapitre 10). On sait donc, dès l'aube du XX^{ème} siècle que le brouillard peut être porteur des résidus industriels rejetés dans l'atmosphère. C'est ce qui explique que le "mystère" du brouillard de 1930 n'ait mis que peu de temps à être percé. Mais on ne prend alors pas en compte l'histoire du rapport des hommes à la terre que condense ce brouillard - cette histoire même que Zimmer retrace - et donc, rien n'est mis en place pour éviter que ce phénomène ne se répète (chapitre 11). Le brouillard de 1930 fut en effet "une catastrophe inextricablement naturelle, technologique, sociale et économique" (p. 215). Refaire son histoire, sous ses différentes dimensions, permet de comprendre, comme le précise Zimmer dans son chapitre conclusif (chapitre 12), "l'incapacité théorique et pratique des experts et de la communauté scientifique à enrayer la dégradation continue de la situation sanitaire, intérieure et extérieure, des établissements industriels" (p. 215). Elle est donc importante, car elle attire notre attention tant sur le fonctionnement de l'expertise scientifique contemporaine que sur une situation, notamment écologique, de laquelle nous sommes toujours partie prenante. L'histoire de ce brouillard toxique, c'est l'histoire de notre rapport à l'environnement, à notre milieu de vie ; l'histoire de sa progressive dévastation.

Au final, dans ce livre aussi beau sur la forme que sur le fond, Zimmer nous livre un essai d'histoire des sciences des plus magistraux. Tout en suivant, au plus près de l'archive et dans ses moindres détails, les ressorts historiques de cette catastrophe et de sa gestion, il produit un récit original pour rendre compte de cette histoire singulière. Il se détache ainsi des cadres historiographiques traditionnels, pour proposer une nouvelle écriture de l'histoire des sciences aussi pertinente et agréable qu'elle en est dès lors passionnante. Sa contre-enquête est plus qu'une histoire revisitée, elle est également un plaidoyer puissant pour le renouvellement de la lutte contre la crise environnementale qui nous touche aujourd'hui, et ce d'autant plus qu'elle lui apporte des outils concrets et efficaces. En ce sens, cet essai d'histoire des sciences et des techniques n'est pas magistral uniquement par son écriture, son style et l'originalité comme la finesse de son analyse, il l'est aussi parce qu'il remplit pleinement et de manière assumée le rôle que se doit de jouer tout bon essai historique, celui de nous amener à comprendre autrement notre passé pour mieux agir différemment sur notre présent.

Alexandre Klein

NDLR

On verra dans notre revue pour des problèmes analogues la contribution d'Arnaud PETERS, à notre réunion de Liège, "La construction incertaine d'un discours médical sur les effets du zinc au XIX^{ème} siècle", *Histoire des sciences médicales*, 49, 2015, 255-268.

LACHENAL Guillaume - *Le médecin qui voulut être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale*, Paris, Éditions du Seuil, 2017.

Après avoir retracé, dans un ouvrage paru en 2014 aux éditions de la Découverte, l'histoire de la Lomidine, ce "médicament qui devait sauver l'Afrique", l'historien des sciences Guillaume Lachenal poursuit aujourd'hui son exploration de la médecine en Afrique en contexte colonial en partant sur les traces d'un certain docteur David. Ce médecin français méconnu, dont il a d'abord découvert l'existence au Cameroun, l'a

conduit, au fil d'un périple inattendu, jusque dans les îles du Pacifique à la poursuite d'une incroyable utopie médicale et coloniale. Car David fut en effet le porteur - avant de devenir le symbole - d'un rêve consistant à confier à la médecine, ou plus exactement à l'un de ses représentants, la gestion complète d'un territoire colonial ; non simplement la gestion sanitaire, mais bien l'entière responsabilité, administrative, politique, militaire et bien sûr médicale, d'un bout de colonie. Projet biopolitique ultime, rêve médical millénaire, mais surtout utopie coloniale singulière dont Lachenal tente ici de reconstituer les tenants et les aboutissants, confrontant pour ce faire les récits glorieux des autorités françaises aux traces laissées dans les archives et les mémoires.

Plus proche dans sa démarche de l'anthropologue ou de l'ethnologue, Lachenal entend ici moins raconter l'histoire du Dr David que de "jouer avec cette histoire d'utopie médicale" (p. 16-17), en tentant de la raconter telle qu'elle est venue à lui autant que telle qu'elle s'est déroulée. Son enquête porte ainsi plus sur "les effets matériels parfois désastreux de cette rêverie politique" que sur sa reconstitution détaillée et pointilleuse. Se faisant finalement archéologue (p. 205), moins au sens de Foucault que d'Indiana Jones, il suit ainsi, l'une à la suite de l'autre, les traces du passé, selon une méthode qui relève "de la déambulation, de la visite guidée, du tour en voiture" (p. 206). Et en effet, le lecteur peut être surpris, au départ, par un récit qui met plus en avant son narrateur et ses aventures d'enquêteur que l'objet même de l'étude, abordé çà et là, par bribes, sans que sa description historique se fasse clairement jour. Mais à mesure que le livre avance, les choses se mettent en place, les méthodes se précisent, les liens s'établissent et on finit par comprendre qu'il ne s'agit pas là de combler un manque de sources, mais bien d'en faire apparaître de nouvelles. Les pérégrinations de l'enquêteur font en effet partie de l'enquête et contribuent à expliquer comment le docteur Jean Joseph David, médecin des Troupes coloniales françaises a réussi à devenir roi sur l'île de Wallis dans le Pacifique au cours des années 1930, puis empereur dans la région du Haut-Nyong au Cameroun dans les années 1940, avant de mourir discrètement, à la fin des années 1960, en banlieue parisienne.

Suivant le rythme de sa propre rencontre avec David, Lachenal n'adopte pas ici une perspective chronologique, mais divise son ouvrage en trois parties thématiques ou plutôt géographiques : la première porte sur le Cameroun et l'expérience du Haut-Nyon, la seconde nous transporte dans les îles du Pacifique, principalement Wallis, enfin la dernière, plus courte, se penche, entre Dachau, l'Indochine et un retour en Afrique, sur les suites de la vie du Dr David, mais aussi de ses deux expériences de gouvernement médico-colonial. Car expérimentations il y a eu, et elles eurent d'ailleurs des formes assez similaires. En Afrique comme dans le Pacifique, la mission de David consistait à gérer un territoire, à le faire prospérer et à en assurer la protection, notamment sanitaire. Il s'agissait de civiliser ces terres lointaines ainsi que leurs habitants. Une administration médicale pour une thérapeutique sociale, selon l'expression de Lachenal. Chaque fois donc, David mit au travail les "indigènes", pour la récolte du caoutchouc et du café d'un côté, ou du ricin et de la noix de coco de l'autre, mais aussi pour les faire participer à la modernisation des territoires, avec la construction de routes, de dispensaires, d'hôpitaux et, dans les deux cas, d'une léproserie. En parallèle, il s'assurait que la population perdure et croisse, instaurant un contrôle serré des naissances qui obligeait notamment les femmes enceintes à se déclarer, mais aussi à venir accoucher à l'hôpital, où elles devaient même se rendre un mois avant le terme. David traquait également les causes de mortalité, importantes pour les statistiques de ses rapports annuels que Lachenal a pu en

grande partie retrouver. Enfin, il mettait la jeunesse à l'école et au sport, le football notamment, deux éminents instruments de discipline sanitaire et sociale. La médicalisation n'était ici qu'un volet d'un plus vaste processus de civilisation. Mais chaque fois, d'un continent à l'autre, les obstacles étaient nombreux, les déceptions multiples, le terrain résistant. Il y avait tout d'abord les chefs locaux réticents à l'idée de recevoir des ordres d'un étranger qui connaissait mal leurs coutumes ou les bafouait sans ménagement. Il y avait bien entendu également la population qui rechignait à travailler aussi intensément. Il y avait en outre les religieux qui voyaient parfois d'un mauvais œil une gouvernance concurrente venir s'installer sur des terres où ils sont depuis parfois plusieurs décennies. Au final, David dut user de stratégies, allant de la négociation jusqu'au coup de force en passant par les menaces, pour mener à bien son programme de réformes civilisationnelles.

C'est ici que le portrait élogieux dressé par les autorités françaises dans les bulletins coloniaux ou les journaux parisiens s'affadit et que l'enquête de Lachenal prend tout son sens. Car si d'un côté ou de l'autre de la planète, on n'a pas oublié le Roi ou l'Empereur David, ce n'est pas simplement pour son charisme, sa grande taille et les machettes rutilantes qu'il distribuait aux plus méritants. Certes, on se souvient des routes qu'il a fait construire, des hôpitaux qu'il a dressés, des cultures nouvelles qu'il a introduites, de la modernisation qu'il a apportée. Il y a toujours des chansons qui rappellent le temps glorieux du Dr David. Mais, derrière cette légende dorée rejailissent également, au creux d'échanges intimes ou d'archives oubliées, des histoires de violence, de mégalomanie, ainsi que les procédés proprement dictatoriaux d'un médecin colonial qui, parce qu'on lui avait confié la charge d'un territoire, s'était un moment cru le roi de ses habitants. En effet, les hommes se tuaient souvent au travail sur les routes à construire, tandis que les femmes et les enfants mourraient des épidémies que le travail en brousse ravivait (maladie du sommeil au Cameroun) ou que le docteur était simplement incapable de contrôler efficacement (fièvre typhoïde à Wallis). Et finalement, la médicalisation et l'amélioration des conditions sanitaires ne parvenaient que rarement à masquer cette augmentation certaine de la mortalité causée par le "processus de civilisation" mis sur pied par David. Ainsi, quoi qu'en dirent après coup les autorités, en Afrique comme dans le Pacifique, les utopies imaginées furent des échecs, conduisant le médecin-gouverneur à partir, quelques années après seulement son arrivée, vers d'autres assignations.

Au final, en donnant à voir les différentes facettes de ces expérimentations médico-coloniales inédites, autrement dit en s'attachant à retracer tant les racines de l'utopie qui les portait que les raisons de leurs échecs successifs, Lachenal ne fait pas que contribuer au renouvellement, engagé depuis plusieurs années maintenant, de l'histoire de la médecine coloniale française. Il participe également à rendre hommage aux différents acteurs, passés et présents, de ces épisodes oubliés de l'Histoire, engageant ainsi une réflexion vivante sur notre passé colonial comme sur la rationalité à l'œuvre de notre médecine contemporaine. Avec l'histoire de ce médecin devenu "roi" puis "empereur" (du moins aux yeux de certains), se dévoile en effet de manière particulièrement saisissante l'*hubris* qui est au cœur même du projet médical (comme colonial d'ailleurs) occidental, tout en en révélant, du même coup, la profonde vacuité et l'essentiel non-sens. Le docteur David incarne en fait le paradoxe même de cette rationalité occidentale, présente tant dans l'aventure médicale que dans le mouvement colonial, qui nous pousse à vouloir être rois, maîtres et possesseurs, alors même que nous devrions être aidants, accompagnants ou soignants. Le récit de son histoire nous offre ainsi une occasion, aussi inattendue qu'ori-

ginale, de nous questionner sur le sens de notre passé ainsi que sur l'impact de ce dernier sur un présent que nous nous attachons encore à comprendre et sur un futur que nous souhaitons définitivement construire autrement.

Alexandre Klein

SQUILLACE Giuseppe - *Filistione di Locri. Un medico del IV secolo a.C. tra Grecia, Magna Grecia e Sicilia*, "Spudasmata" Series, Georg Olms Verlag, Zurich, 2017.

Les sources antiques conservent bien peu de choses du médecin Philistion (fin du Vème siècle première moitié du IVème). Né à Locres, en Grande Grèce, dans la province actuelle de Reggio Calabria, il devint le médecin attiré, peut-être déjà de Denys Ier, mais certainement du tyran Denys II à Syracuse, dont la cour attira les illustres intellectuels du temps, et notamment Platon. Illustre mais dangereuse proximité intellectuelle, car si on se rappelle la médecine platonicienne du *Timée*, on oublie trop que cette doctrine médicale est largement redevable à celle de Philistion. L'auteur, éditeur, traducteur, commentateur, honore la jeune université de Calabre, où il enseigne le grec et l'épigraphie grecque, et dont le siège se trouve à Rende (province de Cosenza) ; prenant en considération tous les témoignages subsistant, il situe Philistion au centre du contexte historique grec en général, et dionysiaque en particulier, haussant son médecin au rang des plus grands ; il rappelle qu'on lui prête le remède appelé "philistion". G. S. a travaillé aussi sur Ménécrate de Syracuse ; sur le botaniste Ménestor de Sybaris ; sur les textes médicaux de la bibliothèque d'Alexandrie ; sur les maladies d'Atossa et de Darius... Et il a produit un beau livre d'histoire de la pharmacie, *I balsami di Afrodite. Medici, malattie e farmaci nel mondo antico*, en 2015.

Ce livre-ci se déroule en deux parties, vie et textes. I. La parabola biografica e professionale. 1. Il Philistion di Max Wellmann e la storia degli studi, étude historiographique, l'Allemand de Postdam étant notamment l'auteur de *Die Fragmente der sikelischen Ärzte Akron, Philistion und des Diokles von Karystos*, publié à Berlin en 1901 et resté une base jusqu'à aujourd'hui. 2. Da Locri a Siracusa : due percorsi possibili. 3. Tra Sicilia e Grecia : le dottrine di Filistione. 4. Tra Grecia, Magna Grecia e Sicilia : Filistione e la circolazione di tradizioni mediche occidentali nella scuola di Platone e Aristotele. II Testi, traduzione e commento storico (très riche). Testimonia. En grec (avec beaucoup de Galien), en latin, en arabe (mais toujours Galien !). Suivent trois appendices (Un medico di Sicilia nella scuola di Platone. Platone e Filistione. Elementi di medicina nelle pagine del *Timeo*. Lo scritto sul cuore), avant la conclusion et toutes les annexes nécessaires : deux cartes, une bibliographie bien à jour, un index des sources littéraires et épigraphiques, un index des noms propres et de quelques "cose notevoli".

Menecrate di Siracusa: un medico del IV secolo a.C. tra Sicilia, Grecia e Macedonia (1), dans la même collection en 2012, établissait les authentiques de l'auteur du IVème siècle, et évoquait un étrange problème de société puisque ce vrai savant, qui soignait les grands de son monde, se faisait appeler Ménécraatès Zeus ! Pas de folie dans son pendant d'aujourd'hui, un livre indispensable dans toute bibliothèque de référence pour l'historien de la médecine. Je crois entendre une objection : oui mais, c'est en italien ! J'apprécie au contraire ce choix, car je considère qu'une bonne traduction ne peut se faire que dans la langue naturelle du traducteur, comme je l'ai exposé auprès de

(1) Cf. pour les non-italianisants l'article en français de Michel et Danielle GOUREVITCH, "Chronique anachronique. VIII. Médecins fous", *L'Évolution psychiatrique*, 47, 1982, 1113-1118.

deux cercles académiques officiels, la Société des antiquaires de France et l'Académie nationale de médecine, s'il est vrai qu'une mise au point peut se faire dans la langue savante du temps, devenue aujourd'hui, après le latin, un anglais plutôt américain (2).

Danielle Gourevitch

(2) Danielle GOUREVITCH, "La traduction des textes scientifiques grecs ; la position de Daremberg et sa controverse avec Greenhill", *Bulletin de la société des antiquaires de France*, 1994, 296-307. "Est-il besoin d'une langue scientifique internationale ? Perspective historique", *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 185, 8, 2001, 1529-1537.

Formes du savoir médical à la Renaissance, dir. **Violaine Giacomotto-Charra** et **Jacqueline Vons**, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Pessac, 2017, 304p.

Fruit d'un programme de recherche sur les savoirs de la Renaissance, à l'Université de Bordeaux, ce bel ouvrage, très bien édité, comporte deux parties : la première, théorique, analyse *Les formes du savoir médical en question*. La seconde, détaillée et intitulée : *Cas d'étude : le régime de santé à la Renaissance*, aborde en détail la puériculture, la diététique, les modes de vie, l'hydrothérapie... Ce livre sera suivi d'un deuxième volume sous la direction de V. Giacomotto-Charra et M. Marrache Gouraud, qui paraîtra en 2018, chez Garnier : *La science prise aux mots : enquête sur le lexique scientifique de la Renaissance*.

Après l'introduction, ambitieuse et constructive, par Giacomotto-Charra et Vons, **la première partie** : *les formes du savoir en question* aborde cinq thèmes de cet accès à la connaissance :

- Valérie Worth Stylianou, dans *Transmission du savoir et enjeux linguistiques dans la traités sur la médecine des femmes en France (1530-1630)* étudie les raisons de la substitution progressive du latin par la langue vernaculaire, le français, surtout en ce qui concerne la médecine des femmes.

- Jacqueline Vons présente *Quelques réflexions sur la place et la fonction des images dans les traités d'anatomie et de chirurgie au XVIème siècle*, car le développement massif des illustrations, dans les traités d'anatomie et de chirurgie a été déterminant pour les progrès de l'orthopédie, des soins dentaires et oculaires.

- Mila Maselli décrit les différents types de présentation du savoir, avec l'apparition des *Curationes et observationes*, nouvelle catégorie d'écrits destinée à un plus grand nombre, mais surtout, faisant apparaître un nouveau discours mettant en valeur son auteur.

- Guylaine Pineau développe l'œuvre d'Ambroise Paré, avec *Ambroise Paré lecteur critique et parerméneute* en prenant pour exemple son travail sur les dragonneaux (terme utilisé alors pour les filaires, cause chez l'Homme d'une parasitose tropicale). Alors que certains avaient considéré les dragonneaux comme des animaux - ce qui est exact - Ambroise Paré s'offusque contre ces gens qui voient "notre corps abonder de monstres" de la même manière que Calvin s'est offusqué des signes inventés par les hommes dans leur dévotion. Ainsi est-il, lui aussi, parerméneute.

- Magdalena Kozluk met en valeur *La promotion de Paracelse en France par Claude Dariot*. Ce dernier, médecin français (1533-1594), auteur de nombreux livres, eut à cœur de mettre en avant les écrits de Paracelse (1493-1541), médecin, alchimiste, encore peu connu en France.

La deuxième partie est d'autant plus intéressante qu'elle abonde en détails sur les aliments, les régimes, et le mode de vie de l'Antiquité à la Renaissance.

COMPTES RENDUS D'OUVRAGES

- Danielle Gourevitch, dans *De l'argile au marbre. Sur le régime de l'enfant romain et de sa nourrice*, détaille les soins et l'alimentation du nourrisson à partir de la théorie humorale. L'extrême attention portée à la température du bain du nourrisson anticipe l'importance de la thermorégulation, bien plus sensible chez l'enfant du fait de sa plus grande surface corporelle. On y trouve tout un cours de puériculture sur les pratiques de l'allaitement, les gestes du sevrage, le choix des nourrices, sans compter les biberons de jadis ou les tire-lait.

- Maria Cristina Panzera conseille : *Pensa di viver sana* : la santé des femmes et des enfants dans le *Reggimento e costumi di donna* de Francesco de Barberino. L'ouvrage de ce juriste italien qui se veut éducateur et intellectuel, est composé de vingt chapitres où les vers alternent avec la prose. Il s'adresse aux lectrices de tous âges avec cette recommandation "penser à mener une vie saine". Il convient avant tout de former de bonnes épouses, mais il n'omet pas les différents états : servantes, nourrices ou dames de compagnie.

- Hervé Baudry remet en valeur l'*Hygiasticon* de Léonard Lessius : un traité associé à la traduction en latin de l'ouvrage de Luigi Cornaro publié en toscan quelques décennies plus tôt et dont l'œuvre a traversé le temps.

- Magdalena Kozluk replace les cinq sens dans une hiérarchie établie par le corps médical de la Renaissance, hiérarchie telle que la décrit André du Laurens. Ces *Vrais courriers et messagers de l'âme*, d'abord l'ouïe et la vue qui servent à l'âme, tandis que le toucher le goût et l'odorat servent au corps. Mais ce dernier occupe une place importante car le malade doit respirer un bon air et pour ce faire la chambre doit être purifiée par toutes sortes d'aromates.

- Jacqueline Vons analyse les deux livres de Julien Le Paulmier, *Traité du vin et du cidre*. Ce médecin protestant vante les bienfaits du cidre pour de nombreuses maladies, bien préférable au vin quoique celui-ci soit réputé être "le lait" des vieillards au-delà de cinquante ans. Ayant vécu en Normandie, il fait l'historique de sa fabrication au moment où d'autres médecins normands faisaient la promotion de leurs eaux médicinales.

- Geneviève Xhayet, sous le titre *Entre médecine et art de vivre : prendre les eaux à Spa, au XVIème et au début du XVIIème siècle (1559-1619)*, évoque l'essor du thermalisme en pays de Liège au XVIème siècle puis l'engouement pour les cures aux eaux de Spa, avec ses différentes sources bénéfiques pour de nombreuses maladies comme la fièvre la goutte ou la stérilité. Selon les sources, elles seront prises en bain pour la rogne et les ulcères ou, lorsqu'elles sont purgatives, données à boire pour la purgation de la mélancolie, l'expulsion des calculs des reins, de la vessie, ou des vers intestinaux.

- Marilyn Nicoud (Université d'Avignon et des pays du Vaucluse) en tire une belle conclusion, forte de son savoir sur *Les régimes de santé au Moyen Âge, naissance et diffusion d'une écriture médicale en Italie et en France (XIIIème-XVème siècle)*, BEFAR 333, Rome : École française de Rome, 2007. Et l'ouvrage se termine par une riche bibliographie des sources, complément particulièrement utile pour cette période, en permettant de comprendre par exemple sur quelles éditions des auteurs antiques travaillaient les auteurs de la Renaissance, une bibliographie secondaire, et un index des noms. Ce livre ne peut qu'enchanter les historiens de la médecine, les historiens de l'alimentation, les buveurs de cidre et les amateurs de jolités de Spa.

Simone Gilgenkrantz

BIKFALVI Andreas - *Une brève histoire du vaisseau sanguin et lymphatique*, éd. EDP Sciences, 2016, 187 pages illustrées.

Né en 1955 à Budapest, Andréas Bikfalvi, âgé de 62 ans, a soutenu sa thèse de doctorat en médecine à Brest en 1983 sur les facteurs anticoagulants des algues brunes et une thèse de science de 3ème cycle à l'Université de Paris VII en 1989 sur les cellules endothéliales. De 1983 à 1986 il est interne à Kiel-Hambourg en oncologie clinique. Il obtient l'habilitation à diriger la recherche (HDR) à Paris XII en 1994. Après un post-doctorat à New York, il est nommé professeur des Universités en biologie moléculaire à l'université de Bordeaux en 1995, où il crée un laboratoire de recherche sur les aspects moléculaires du développement vasculaire et tumoral, affilié à l'INSERM à partir de 2001. Il dirige depuis sa création cette unité INSERM (U1029), intitulée *Angiogenèse et microenvironnement tumoral*, en poursuivant sa carrière universitaire jusqu'au deuxième échelon de la classe exceptionnelle. Trilingue (français, anglais, allemand), il est expert pour plusieurs agences européennes et internationales, critique dans plusieurs journaux scientifiques majeurs (*Blood Journal of Biology molecular, Endocrinology, Biochemistry*), il a organisé et participé à plusieurs congrès et conférences internationales sur l'angiogenèse. Il est l'auteur de 131 publications référencées dans Pubmed : facteur h index 52, et classé au rang 3 dans le rapport Even des chercheurs en sciences de la vie. Il a obtenu plusieurs prix scientifiques dont le prix Henry et Marie-Jane Mitjavile de l'Académie nationale de médecine en 2010. Il a été également lauréat de l'Académie de médecine pour son livre *An encyclopedic Reference in vascular biology and pathology* en 2004.

Son dernier livre intitulé *Une brève histoire du vaisseau sanguin et lymphatique*, réalisé avec le concours de l'INSERM et préfacé par Anne Eichmann, professeur de biologie cellulaire et moléculaire à la Yale University, a été édité fin 2016 par EDP Sciences et comprend trois parties. Premièrement une histoire exhaustive du système circulatoire depuis Galien, Vésale qui corrige les erreurs du précédent, Harvey et Malpighi qui complète le tout par la description des capillaires au niveau des tissus. La période contemporaine correspond à la découverte des facteurs de régulation vasculaire, illustrée par de nombreuses photographies, figures et tableaux. Deuxièmement, les connaissances actuelles sur les régulations moléculaires et cellulaires impliquées dans le développement vasculaire normal et pathologique, avec les facteurs stimulateurs de l'angiogenèse, dont la clef de voûte est le VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), découvert par Napoleone Ferrara et Jean Plouet, dont l'inhibition peut bloquer la progression de certains cancers, notamment ceux du côlon. Troisièmement, des réflexions philosophiques sur l'évolution des paradigmes scientifiques durant plus de deux millénaires, avec des sauts technologiques qui ont permis la caractérisation tissulaire et cellulaire des vaisseaux et la compréhension de l'angiogénèse.

L'ouvrage d'Andreas Bikfalvi intéressera les scientifiques, tout en restant compréhensible à un large public. Il comporte en effet un glossaire explicatif des concepts et termes techniques de biologie utilisés par l'auteur. Riche en informations et passionnant, ce livre écrit par un scientifique de haut niveau honore l'Université et le CHU de Bordeaux et bénéficiera en décembre 2017 du prix d'histoire de la médecine, décerné par l'Académie nationale des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux.

Jacques Battin

GAUTHERIE Aurélien - *Rhétorique et thérapeutique dans le De medicina de Celse*, Turnhout, Brepols, 2017.

Aurélien Gautherie, avec un diplôme de Master of Philosophy de l'Université de Cambridge, est devenu docteur de Strasbourg avec une thèse sur le sujet ci-dessus en 2012. Le présent ouvrage est le résultat du remaniement de cette thèse, remaniement insuffisant à mes yeux, car la publication garde certains des traits agaçants des thèses, la pléthore de notes qui n'en finissent pas de se répéter, ou une bibliographie riche mais non dépourvue de petites fautes, ou encore le relevé vraiment lourd des "renvois internes du *De medicina*", qui prend 45 pages...

Mais passons, et voyons plutôt ce que cet ouvrage a d'original et d'intéressant, avec les traductions personnelles de notre auteur (1), "qui respecte(nt) au mieux la structure des phrases latines", rendant "mieux compte des tours et détours de la prose celsienne", mais qui sont, disons deux ou trois fois, plus audacieuses qu'exactes. Il a pour objectif d'analyser les relations entre rhétorique et thérapeutique exposées dans les livres *De Medicina* de son énorme encyclopédie, en très grande partie disparue. Il s'agit principalement, dit la 4ème de couverture, d'offrir pour la première fois une approche globale de l'ouvrage celsien, qui prenne en compte tous ses aspects, depuis sa publication par l'auteur jusqu'à sa possible mise en pratique par un soignant, professionnel ou amateur éclairé. Cette étude constitue un diptyque. De fait, toute la première partie du développement central concerne le propos créateur de Celse et sa réalisation, autrement dit l'écriture et la lecture du *De Medicina*. Quant à la seconde partie, elle vise à étudier la mise en pratique du *De Medicina*, du double point de vue de l'éthique et de la technique médicales.

La table des matières est trop longue pour être ici rapportée, et je me bornerai à signaler quelques "bonnes pages". Dans la première partie, "Écrire et lire le *De medicina* : le projet de Celse et sa réalisation", genèse et réception : création possible de fiches préparatoires p. 74, projet d'établissement d'une table des matières p. 114 et besoin d'indices, p. 127, comment et pourquoi lire le *De medicina*, p. 154. Sans oublier la forme concrète du livre, qui peut influencer la composition de l'ouvrage, sujet cher à Marie-Hélène Marganne, dûment citée, membre de notre Société, notamment dans son ouvrage de 2002, *Le livre médical dans le monde gréco-romain* ; ici probablement huit rouleaux ou *volumina*.

Dans la deuxième partie "Technique et éthique de la pratique médicale dans le *De medicina*", mise en pratique des données thérapeutiques, "personnalisme" médical (encore que ce mot prête à confusion), dialogue médical : *medici* et *curantes*, p. 183, répartition des individus malades, p. 279 et cas extrême de la prise en charge de la douleur, "dialogue douloureux", p. 351. Ces parties sont particulièrement réussies. Problème aussi de ce que l'auteur appelle "automédication", d'un nom qui sent la Sécurité sociale et qui prête à confusion.

Que ce soit ici l'occasion de rendre hommage à notre collègue Jackie Pigeaud, décédé en 2016, pour qui les textes médicaux étaient bien en effet de la littérature au sens noble du mot, et qui avait organisé à Nantes en 1998 un colloque international sur les textes médicaux latins, intitulé *Les textes médicaux comme littérature*, dont les actes ont été publiés en 2000. Pigeaud était le joyeux ami de Philippe Mudry, auquel l'auteur dit

(1) Mais pour Hippocrate, il choisit les traductions de Littré ! Et pour Galien, il n'utilise que Kühn. Pourquoi diable prenons-nous la peine de "faire des Budé" ?

devoir beaucoup, et qui de fait a relancé les études celsiennes, avec sa propre thèse publiée en 1981 (édition commentée de la préface du *De medicina*) et leur a fourni de nombreux articles regroupés par Brigitte Maire en 2006 sous le titre de *Medicina, soror philosophiae*. Réjouissons-nous de cette première étude globale sur l'œuvre de Celse, de cette belle relève, et de ce passage international du flambeau de Lausanne, à Nantes autrefois, aujourd'hui à Strasbourg, qui se proclame justement "laboratoire d'Europe".

Danielle Gourevitch

DÉCIMO Marc & G. TREMBLAY Tanka - *Le texte à l'épreuve de la folie et de la littérature*, Les presses du réel, la collection Hétéroclites, 2016, ISBN : 978-2-84066-934-0, 42 euros.

Cet ouvrage particulier est effectivement une somme consacrée aux liens étroits voire surprenants entre la littérature et la folie depuis le XVIII^{ème} siècle jusqu'à nos jours. Les deux auteurs sont des enseignants, l'un, T. G. Tremblay, de littérature, associé aussi à l'Organon québécois de 'Pataphysique et l'autre, Marc Décimo, d'histoire de l'art contemporain à Paris X /Nanterre, mais ce dernier est aussi Régent du Collège de 'Pataphysique. Cela n'est pas un hasard que de tels exégètes soient dans le monde de la 'Pataphysique car on retrouve de grands précurseurs pour ce type d'étude parmi les premiers membres du Collège de 'Pataphysique et comme le soulignait le Transcendant Satrape Umberto Eco *La 'Pataphysique se transformera en science des solutions inimaginables* : on se doit d'évoquer ici la figure légendaire de Raymond Queneau qui fut le premier coopté dans le Corps des Satrapes le 17 gueules 76 E P (11 février 1950 vulg) dont il convient de rappeler qu'il fut l'auteur des *Enfants du Limon* dans lequel s'intrique dans le roman la venue d'un dénommé Chambernac - probablement un nom inspiré de Chacornac, le fameux éditeur ésotérique ? - on découvre ensuite que ce personnage rédige une encyclopédie des "fous littéraires". Ce sont des écrivains ayant publié des œuvres rencontrant un échec total chez leurs contemporains et aussi auprès des générations suivantes. Cependant, les œuvres citées existent vraiment toutes.

Raymond Queneau, un des fondateurs de l'Oulipo avec François Le Lionnais, Georges Perec etc... devient le directeur de la collection de la Pléiade et de ses encyclopédies. Cependant, sans le savoir, R. Queneau va faire un émule avec un jeune bibliothécaire belge de Verviers, de retour du Service du Travail Obligatoire en 1942 ; celui-ci use d'un subterfuge pour approcher Queneau car dans les *Enfants du Limon* un certain Tapon Fougas, réel fou littéraire traverse Verviers ! Alors, c'est vite une grande amitié entre les deux écrivains, ce qui augmente l'osmose sur leur sujet si particulier : les fous littéraires.

Évidemment, André Blavier dès 1952 adhère au Collège de 'Pataphysique ce qui lui donne, affirme-t-il, la sérénité totale et il crée même en 1965 la Fondation de l'Institut luxembourgeois des Hautes Études pataphysiques. Il élabore également une revue qui reprend un titre du cher Queneau *Temps mêlés*, bon lieu d'expression pour les ennemis de l'orthodoxie. C'est en 1982 qu'il donne aux éditions Henry Veyrier, *Les fous littéraires*, fruit d'une recherche ardente avec une taxinomie rigoureuse qui sera réédité en novembre 2000 par les éditions des Cendres en 1152 pages, peu de temps avant sa mort. Dans cet imposant ouvrage, il avait rétréci amplement les entrées dans ce Parnasse, excluant les idiots, les simples d'esprit, les crétiens aux griffonnages informes, les mystiques et autres créateurs de sectes. Exclue aussi ceux que Dubuffet magnifie sous le vocable d'Art brut. Finalement, André Blavier ne retient que les écrivains qui ont publié leur œuvre. Reste que cette somme déjà inouïe à l'époque voit avec *Le texte à l'épreuve*

de la Folie et de la littérature un complément important où les auteurs dévoilent les prémisses de ce type d'études ciblées au XIX^{ème} siècle par certains, comme P. G. Brunet et Gabriel Peignot qui ne se départit jamais du sérieux *patacadémique* qui convient ; j'en donne un exemple avec l'histoire rapportée de la singulière relique de la queue de l'âne qui transporta le Sauveur lors de son entrée triomphale à Jérusalem. Cette queue est conservée et gardée dans le trésor du couvent des Dominicains à Gènes ! (voir G. Peignot : *Bull du bibliophile*, Paris, Techener, 1838, 252-254) !

Et nos auteurs de nous apporter encore d'autres apports remarquables par ces grands bibliothécaires-bibliophiles et/ou archivistes-paléographes, comme Charles Nodier, Ludovic Lalanne, le bibliophile Jacob, Marcel Réja, Édouard Rouveyre, etc. Manifestement, ils cherchent à replacer avec justesse quelques personnages qualifiés de fous littéraires, apportant un jour nouveau sur certains comme l'explosif Fulmen Cotton à différencier de l'Abbé Xavier Cotton. Que faire également du créateur du *Journal de Madopolis* Georges Maillard, de l'inventeur du végétarisme Gleizès, de Jules Allix atteint d'escargotomanie, du fameux chef de gare Jean-Pierre Brisset atteint de grenouillomanie (dont Marc Décimo est l'expert sur sa vie et ses œuvres surtout linguistiques et que Jules Romains fera Prince des penseurs), que faire du marquis de Camarasa et de son ouvrage sur la brouette sans évoquer avec l'actuel Corée du nord *La Farce atomique* de Maxime Vincent datant de 1948 pour sa deuxième édition !

Cette somme de Marc Décimo et T.G. Tremblay passionnera les aliénistes et tous les amateurs qui aiment réfléchir sur littérature et psychiatrie. "L'ineptie, c'est de vouloir conclure..." disait André Blavier "et ne soyons pas ineptes : restons en là".

Alain SÉGAL,

Auditeur Emphytéote et C.R.O.G.G., Commandeur Requis de l'Ordre de la Grande Gidouille.
Texte rédigé le 6 Sable 141 E P (ère pataphysique), fête de St Navet et Ste Perruque, humanistes.

HUTIN Jean-François - *La Grande Histoire de la médecine* (Pièce de théâtre), Éditions Glyphe, Société, histoire et médecine, Paris, 2017 (14€).

À la fois ambitieuse et modeste, la pièce de théâtre que nous propose Jean-François Hutin cherche à présenter, sous une forme attrayante, à la fois l'histoire de la médecine et celle de l'évolution de la pensée médicale à travers les siècles. Un même cas clinique se répète aux différentes époques, en l'occurrence un cancer du pancréas, autrement dit une pathologie toujours quasiment incurable de nos jours ! En dix-huit tableaux allant de la Préhistoire à l'époque contemporaine, nous voyons se succéder une série de personnages aussi divers qu'Hippocrate et Galien, bien sûr, mais aussi Avicenne en pleine discussion avec un copiste du Moyen-Age... ou encore Laennec conversant avec Magendie ! Et aussi, dans l'un des derniers tableaux, quelques médecins du XXI^{ème} siècle dans une *Réunion de concertation pluridisciplinaire* (RCP), qui n'a rien à envier aux médecins de Molière, comme dans la fameuse consultation du deuxième acte de *L'Amour médecin* ! À côté de ces éminents confrères du passé et du présent, la Mort, telle un fil rouge - ou plutôt noir ! - joue le rôle d'une sorte de Monsieur Loyal dans cette *Danse macabre* qui ira pour une fois de siècle en siècle, et non pas d'individu en individu comme dans la représentation classique. L'auteur a d'ailleurs choisi, pour la couverture, l'image du XVI^{ème} siècle intitulée *La Mort et le médecin*, tirée d'une *Danse Macabre* enluminée par le Maître de Philippe de Gueldre.

L'utilisation du théâtre, et, de manière plus générale, des dialogues à visée didactique, s'inscrit dans une tradition qui va des *Dialogues* de Platon aux *Dialogues des morts* de

Fontenelle ou de Fénelon, jusqu'à des tentatives plus récentes comme les interviews d'écrivains classiques dans *Bernard Pivot reçoit* de Patrick Rambaud (1989) ou les interviews de grands philosophes dans *La philosophie comme un roman* de Laurence Hansen-Love (2014). Ceci étant, l'application de cette technique littéraire n'avait, à notre connaissance, jamais été appliquée jusqu'alors à notre discipline. Grâce à la magie du théâtre, où l'auteur peut tout se permettre, nous avons donc accès à un condensé de l'histoire de la médecine, qui n'exclut d'ailleurs ni le sérieux ni la documentation, comme en témoignent les commentaires proposés après chaque tableau. Au-delà de son caractère instructif, et en dépit du télescopage historique, cette pièce permet aussi de "déstaturer" quelques grandes figures du passé, en réalisant d'une certaine manière l'espoir de Montaigne qui ne souhaitait pas devenir "une statue à planter au carrefour d'une ville, ou dans une église, ou place publique" (*Essais*, II, 18).

Ce type d'exercice présente évidemment le défaut de ses qualités : la présentation synthétique, qui oblige à un survol des idées et à une subjectivité dans le choix des faits historiques, conduit inévitablement à des raccourcis pour le moins discutables... Ceci étant, à la décharge de l'auteur, disons qu'il ne s'agit ici que d'un "squelette d'histoire de la médecine" ! Et de la même manière que pour connaître l'anatomie il faut bien commencer par la charpente osseuse, il reste évidemment aux étudiants ou aux autres lecteurs potentiellement intéressés par le sujet à passer à l'étape suivante : la connaissance des muscles et des organes..., autrement dit l'approfondissement, s'ils le désirent, de cette matière particulièrement vivante qu'est l'histoire de la médecine !

Cette pièce mériterait en tout cas d'être mise en scène. Si jamais, par exemple, l'atelier théâtral d'une association d'étudiants en médecine devait la monter, ce serait une reconnaissance du travail accompli par Jean-François Hutin, et aussi sans doute une belle partie de plaisir en perspective pour les étudiants en question ! En attendant, pour les lecteurs qui voudraient acquérir en un temps record et de manière particulièrement agréable quelques rudiments en histoire de la médecine, ce livre est fait pour eux !

Philippe ALBOU

Épidémies, épizooties. Des représentations anciennes aux approches actuelles, Histoire et Nature 2, sous la direction de François CLÉMENT, Presses Universitaires de Rennes, 2017, 263 p.

Cet ouvrage traitant des aléas biologiques ayant affecté la vie des hommes fait suite à *Histoire et Nature 1*, qui traitait des événements naturels ayant porté atteinte à l'espèce humaine. Il est composé de douze exposés, une préface et une postface abordant le thème sous différents angles.

- PIGEAUD Jackie - *De la difficulté de penser la maladie pestilentielle. Le legs antique*, développe la notion de contagion, en ce qui concerne la peste, en particulier selon Hippocrate, Thucydide ou Galien, et, en ce qui concerne la syphilis, selon Fracastor et sa définition du *fomes* évoquant le *brandon* qui rallume le feu.

- CHANDELIER Joël - *Définition et terminologie des épidémies dans la médecine latine de la fin du Moyen Âge*, met l'accent sur l'usage plus ou moins indifférencié des termes "peste", "pestilence", "épidémie", "pandémie" et "endémie" au Moyen Âge, surtout avant la peste de 1348.

- CLÉMENT François - *À propos de la "Muqni'at al sa'il" d'Ibn al-Hatib sur la peste à Grenade en 1348-1349*, commente l'œuvre d'Ibn al-Hatib, médecin et vizir à Grenade lors de la peste, pour laquelle il partage la conception hippocratique, proposant un peu de

COMPTES RENDUS D'OUVRAGES

thérapeutique et insistant sur la notion de prédisposition et de contagion de malade à malade. Il s'oppose ainsi vigoureusement à la tradition des *muftis*, et considère que le fléau relève de la médecine et non des avis des ignorants, en préconisant des mesures que l'on peut qualifier déjà d'isolement. François Clément est également l'auteur de la préface et de la postface présentant et concluant l'ouvrage.

- ABATE Emma - *Médecine et magie dans la cure de la peste entre le Moyen Âge et la Renaissance : sources manuscrites et typologiques textuelles de la tradition juive*, traite des rapports entre médecine et religion dans le judaïsme en se référant en particulier à l'œuvre du médecin juif Avraham Yagel, lequel a tenté de concilier une approche scientifique héritée du galénisme avec la tradition religieuse juive (volonté divine, conjonction astrale, magie et combustion préventive de végétaux divers).

- MONTANÈ Joseph-Xavier - *Au carrefour des documents : la Peste Noire à Tarrega (Catalogne) et ses conséquences pour les juifs de la ville*, commente, à partir des textes connus depuis longtemps et des découvertes archéologiques récentes concernant une nécropole juive à Tarrega (Catalogne espagnole), le pogrom effectué contre les juifs en 1348, peu après l'arrivée de la peste dans cette région. Ceux-ci étant accusés, comme dans d'autres régions, d'avoir, par leurs péchés, provoqué la colère divine engendrant la peste.

- CONGOURDEAU Marie-Hélène - *La peste à Byzance : état des lieux*, outre des considérations générales sur les réactions des populations face aux épidémies, focalise son étude sur l'impact de la maladie à Byzance, lors de la peste de Justinien et de la Peste Noire, cette dernière étant moins étudiée jusqu'à présent en ce qui concerne Byzance. Elle souligne l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire.

- ZOUACHE Abbès - *La mort qui rôde. Épidémie, sociétés et guerre au Proche-Orient (VIème/XIIème siècle)*, commente, à partir des écrits des chroniqueurs et des textes médicaux, l'impact des épidémies sur les guerres médiévales du Proche Orient, et leur interprétation sociétale de punition divine tant chez les musulmans que chez les Croisés.

- KATOZIAN- SAFADI Mehrnaz et BENSAAID Meyssa - *Quand le sang de l'enfant se met en ébullition. La rougeole et la variole vus par al-Razi (865-925)*, présentent un étude quasi consacrée à Rhazès et à ses descriptions de la variole et de la rougeole, avec notamment la notion "d'ébullition" du sang de l'enfant qu'il convient de refroidir progressivement.

- FAURE Éric - *Paludisme historique et sources narratives : quelles informations rechercher*, après un rappel de la biologie du paludisme, étudie son retentissement sur l'immunité, sa distribution selon l'insalubrité des régions et leurs conditions climatiques, l'influence de travaux d'urbanisme, et les moyens thérapeutiques mis en œuvre au cours des siècles.

- CASTEX Dominique - *Détection et interprétation de crises sanitaires en archéologie : exemple d'une épidémie dans la Rome Antique*, se base sur l'étude de la récente découverte d'une catacombe romaine où l'archéologie funéraire permet de distinguer les inhumations successives des accumulations d'ossements faisant suspecter la survenue d'une épidémie. En l'occurrence, peut-être de la "peste" Antonine.

- VALLAT François - *Épizooties anciennes et plus récentes : données d'ensemble et méthodes d'approche*, cite les diverses épizooties survenues chez les bovins et les ovins de l'Antiquité à la fin du XVème siècle. Il s'appuie sur la connaissance des épizooties récentes et les recherches des archéozoologues et de la paléo-microbiologie animale, et dresse en annexe une liste fort instructive des épizooties recensées depuis le VIème siècle

COMPTES RENDUS D'OUVRAGES

avant notre ère jusqu'à la fin du Moyen Âge, en précisant pour chacune d'entre elles le type supposé, l'espèce atteinte, la répartition géographique et les sources.

- PUTELAT Olivier, BECK Corinne, BORVON Aurélie, BRIDAULT Anne, GUINTARD Claude - *Contribution à la connaissance des maladies contagieuses du bétail : le cas des dépôts bovins altomédiévaux de la Porte de Bourgogne (Franche-Comté) et de l'Ajoie (Jura suisse)*, publient les résultats de leurs travaux sur les ossements de dépôts de bovins. L'archéozoologie s'efforce de distinguer les inhumations échelonnées dans le temps, d'une accumulation de restes osseux permettant, en s'aidant des données de l'odontopaléontologie, de la paléochimie, de l'étude des textes anciens et des données actuelles des pathologies animales, d'envisager la survenue d'épizooties et de maladies infectieuses à une époque donnée ainsi que de leur gestion.

Jean-José BOUTARIC

- **AMIEL Michel et D'ORLIK Sergueï Piotrovitch** (dir) - *Rayons X, une autre image de la Grande Guerre*, Édition Libel, 160 p., 23€.

Ce livre, co-écrit par de nombreux spécialistes de l'histoire de la médecine civile et militaire et de la radiologie, dont notre ami René Van Tiggelen ou le professeur Michel Amiel, co-coordonnateur de cet ouvrage avec le conservateur du musée des Hospices Civils de Lyon, est le catalogue de l'exposition co-produite par l'association Patrimoine Médecine Santé Lyon, dont le président est le professeur René Mornex, également membre de la SFHM, le musée des Hospices Civils de Lyon et les Archives municipales de Lyon. Cette exposition, qui a reçu le label Centenaire 14-18, a mis en lumière le matériel de radiologie et les radiographies issus de l'exceptionnel fonds Albert Renaud, ingénieur et collectionneur auquel un chapitre du livre est consacré, fonds conservé par le musée des Hospices Civils de Lyon après donation par la famille, les archives historiques des HCL déposées aux Archives municipales de Lyon et d'autres objets et documents d'archives provenant de nombreuses institutions. C'est dire si l'iconographie de ce livre qui retrace l'histoire de la révolution médicale qui suivit la découverte des rayons X est riche et variée. Plus de 160 images, dont beaucoup originales, pour illustrer un texte tout aussi passionnant. La part belle est faite aux débuts de la radiologie en général, de sa découverte aux premiers progrès techniques, de son organisation à son enseignement, et lyonnaise en particulier, derrière le Lyonnais Étienne Destot (1864-1918). Lyon, l'autre ville "Lumière", accueille en effet l'exposition internationale urbaine en 1914, mais aussi, la même année, le VIIème congrès international d'électrologie et de radiologie médicales.

Les images comportent notamment quelques-unes des photographies de Jean-Baptiste Tournassoud (1866-1951), acteur et témoin photographe de la Grande guerre auquel un chapitre est consacré, mais aussi des tableaux et des cartes postales issues de l'incroyable collection de Guy et Marie-José Pallardy, des radiographies d'époque, des dessins, pour montrer le rôle de la guerre de 14 dans l'évolution technique et humaine de la discipline radiologique qui naquit véritablement de ce chaos. Durant les quatre ans de conflit, les médecins et les chirurgiens durent en effet faire face à de nouvelles blessures provoquées par l'apparition d'armes nouvelles, plus délabrantes, auxquelles les autorités sanitaires n'étaient pas préparées. Ce livre accorde d'ailleurs une place justifiée au Lyonnais Justin Godart (1871-1956), sous-secrétaire d'état au service de santé en juillet 1915, qui sut reconnaître les erreurs passées pour mieux préparer l'avenir.

La radiologie de guerre, menée par des personnalités influentes à l'esprit novateur, de Marie Curie (1867-1934) à Claudius Regaud (1870-1940), d'Eugène Hirtz (1969-1936), ancien élève de l'École de santé militaire à Lyon, premier titulaire de la chaire de radiologie du Val-de-Grâce aux Lyonnais Léon Bouchacourt (1865-1949) et Fabien Arcelin (1876-1942) joua alors un apport décisif dans la prise en charge des blessés et la réorganisation des soins, notamment par les techniques de localisation de corps étrangers ou des améliorations du matériel. À Lyon, ville de tradition hospitalière et riche d'infrastructures civiles et militaires, mais également universitaires, puisque siège de la formation des "santards" dont l'école sera transformée en hôpital complémentaire durant le conflit, des médecins et des civils transformèrent la capitale des Gaules, à l'abri des bombes, en "ville hôpital", titre d'un autre chapitre à l'iconographie tout aussi riche, qui accueillit 200 000 blessés, dont 7 000 gueules cassées. Parmi les soignants lyonnais dont ce livre retrace le combat, citons le médecin formé à l'art dentaire, Albéric Pont (1870-1960) et l'ophtalmologiste Étienne Rollet qui prirent en charge les gueules cassées. Les deux derniers chapitres sont consacrés aux incroyables progrès techniques en radiologie, mais aussi aux notions de radioprotection et à l'avenir de la discipline avec un chapitre intitulé "Recherche et innovation à Lyon et en région". À tous ceux qui n'ont pas pu se déplacer pour aller visiter cette exposition qui s'est terminée le 23 décembre 2017, on ne peut donc que conseiller la lecture de ce "livre catalogue", en espérant qu'il soit suivi de la publication des nombreuses conférences qui ont accompagné cette exposition.

Jean-François HUTIN

- **HUMBERT Sylvie, GALANOPOULOS Philippe et LUNEL Alexandre**, *La médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui : regards croisés*, LEH Édition, Bordeaux, 2017, 156 p., 34 €

Dans la collection Actes et Séminaires, LEH Édition publie les actes d'un colloque qui s'est tenu le 31 mars 2017 à la Grande Chambre de la Cour de Cassation. Organisée par des enseignants et des praticiens du droit pénal, cette rencontre a permis d'aborder la médecine judiciaire, actuellement médecine légale, hier et aujourd'hui. L'expertise médicale a pris une importance croissante : il faut citer Ambroise Paré, Paolo Zacchias, premier médecin du pape Innocent III au XVII^{ème} siècle, Fodéré pendant la Révolution française, Orfila, professeur de toxicologie au XIX^{ème} siècle, Le rapport d'expertise est devenu indispensable pour permettre au juge d'être éclairé avant de prendre sa décision. Il n'était pas inutile de rappeler aux praticiens du droit et de la médecine qu'une des premières autopsies médico-légales eut lieu à Bologne en 1302 : à la demande du juge, trois chirurgiens ont ouvert un corps afin d'explorer les endroits par où serait passé un supposé poison. Les États de la future Italie ont devancé d'au moins deux siècles les autres pays européens en ce domaine. Mais expertise des corps et preuves n'ont pas toujours été concordantes, aboutissant à des rapports déterminants ou non concluants, en fonction des connaissances médicales du moment. Les médecins ont concurrencé les hommes de loi. Sous l'Ancien Régime, l'appréciation judiciaire et le diagnostic médical ont prolongé les rivalités entre le juge et le médecin. Dès le XII^{ème} siècle, les clercs se sont vu interdire "de déverser le sang et d'étudier la médecine" : les chirurgiens et médecins, laïcs, sont devenus experts dans le domaine de la santé. En 1692, la royauté a organisé le statut d'expert médical ; en 1789, liberté de désignation a été donnée aux juges et en 1794, la médecine légale a acquis son autonomie. Les experts ont prêté serment. Le rapport médical a acquis une force contraignante, sans qu'il soit confondu avec le témoignage et le jugement.

La responsabilité du médecin praticien est évidemment abordée : l'homicide volontaire, rarissime, ne peut que le confirmer. Ce fut le cas du Dr Petiot (1907-1946). Mais, contrairement à ce qu'a écrit à la page 65 Antoine LECA, intervenant à ce colloque, Landru (1869-1922), autre assassin célèbre, n'était pas médecin, mais commis d'architecte. En médecine quotidienne, l'erreur de diagnostic peut être due à la complexité des symptômes. Cependant sont à prendre en compte l'imprudence, la négligence, le manque de précaution, la carence et la maladresse. Il est toujours "délicat d'imputer avec certitude la causalité à la faute médicale" et le doute doit toujours bénéficier à l'accusé, d'autant que l'attitude médicale est fonction de l'évolution de la pathologie de la victime. La médecine contemporaine, confrontée à la numérisation, n'est pas sans mettre en évidence des difficultés : le médecin va-t-il se robotiser, entraînant une chute de la relation humaine avec le patient ? La santé numérique diminue la relation spatio-temporelle. Faut-il dire adieu au colloque singulier ? Autant de questions, auxquelles des réponses tranchées sont difficiles à fournir.

Deux médecins, experts toxicologues près la cour d'appel de Paris, Marc DEVEAUX et Gilbert PÉPIN, ont retracé l'évolution de leur discipline dans sa relation avec la justice : le XIX^{ème} siècle a marqué une étape importante en ce domaine grâce à Orfila, doyen de la Faculté de médecine de Paris, à son successeur Ambroise Tardieu, et à Zacharie Roussin, pharmacien, qui a utilisé l'expérimentation animale, sans négliger l'analyse physico-chimique. Au XX^{ème} siècle, sont apparues la chromatographie, l'informatique, la miniaturisation et la spectrométrie de masse.

Claire MICHELET, avocat au barreau de Paris, a présenté ses réflexions sur "la preuve à l'épreuve et la difficulté du lien causal : l'exemple du vaccin contre l'hépatite B et de la robotique chirurgicale". Si les difficultés entre preuve scientifique et causalité juridique sont fréquentes, il y a recours aux présomptions "morales ou du fait de l'homme" par opposition aux présomptions légales, venant à l'aide du juge, ce qui est différent du faisceau d'indices. Faire appel aux nouveaux moyens de preuve en médecine robotique suppose une formation suffisante du praticien et une surveillance du robot pour pallier à une insuffisance mécanique. Intervient aussi la responsabilité du fabricant.

Jacques BUISSON, conseiller à la chambre criminelle de la Cour de Cassation, s'est demandé si le rapport de l'expert médical ne réduit pas le rôle du juge : sa lecture ne lui donne qu'un simple avis technique. Le juge seul décide. Toutefois en psychiatrie, l'avis peut devenir une décision. Le caractère contradictoire de l'expertise avec communication du rapport aux parties, assure une certaine garantie, sachant qu'il y a exigence d'impartialité de la part de l'expert.

Les collections de la bibliothèque de la Cour de cassation, comme l'a rappelé Philippe GALANOPOULOS, son directeur, sont là pour aider à suivre la jurisprudence depuis le XIX^{ème} siècle. Au total, la lecture de cette "médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui" ne peut qu'être bénéfique pour les médecins experts près les tribunaux, sans oublier tous les praticiens qui participent à la réparation juridique du dommage corporel.

Jean-Marie MOUTHON

BOURBON Florence ed. trad. comm - *Hippocrate, Femmes stériles, Maladies des jeunes filles, Superfétation, Excision du fœtus*. Les Belles Lettres, Paris, 2017.

Comme le dit l'introduction, ce volume, 534^eme de la série grecque de la Collection des Universités de France, regroupe deux petits traités, *Femmes stériles* et *Superfétation*, et deux fragments, *Maladies des jeunes filles*, et *Excision du fœtus* ; avec les autres écrits gynécologiques du corpus, *Nature de la femme*, déjà publié, et *Maladies des femmes*, à paraître mais dont un chapitre est donné en annexe avec sa traduction, relatif à la sortie du fœtus mort, et particulièrement émouvant pour les éditeurs de Soranos, le lecteur accède "aux coulisses de leur rédaction" et à "certaines pratiques médicales antiques".

Sages-femmes et obstétriciens bien au fait des attentes de leurs parturientes d'aujourd'hui apprécieront particulièrement les méthodes douces prônées dans le chapitre 8 de *Superfétation* : le nouveau-né encore lié par le cordon ombilical est placé contre la cuisse de sa mère et laissé libre de bouger pour que ses mouvements entraînent le chorion au dehors ; si nécessaire, une traction progressive et régulière est exercée par un système d'outres qu'on fera doucement couler, protégeant la jeune mère des mouvements incontrôlés de l'enfant ; ce chapitre comporte aussi la mention d'une chaise percée, *λασάνων*, mais à une certaine hauteur, ancêtre du siège obstétrical décrit par le médecin d'Éphèse et connue par quelques documents archéologiques dont la fameuse plaque de terre-cuite d'Ostie. Quant aux marques de naissance, sachons (chap. 18) que "si une femme en train de concevoir a envie de manger de la terre et du charbon, et si elle en mange, la tête de l'enfant en porte une trace à la naissance". Et quant au fait même de la superfétation, il est toujours discuté ; bref c'est à mes yeux le traité le plus passionnant du recueil.

Et, bien que l'imaginaire occidental relatif à la procréation, à la grossesse et à la naissance soit extraordinairement sollicité, le lecteur constatera que l'auteur de l'édition ne s'est pas laissé piéger et que toutes les règles de l'écrit et de l'édition érudite sont strictement appliquées ; on regrettera tout de même qu'aucun obstétricien ne semble avoir été appelé en consultation.

Danielle Gourevitch

PIGEARD Alain - *Le service de santé aux armées de la Révolution et de l'Empire 1792-1815. Chirurgiens, médecins, pharmaciens*, Éditions de la Bisquine, Paris, 2016, 269 p.

On ne peut impunément publier plus de soixante livres et quatre cents articles sur les armées de l'Empire sans s'intéresser, à un moment ou un autre, aux grands médecins militaires de cette période et à l'organisation sanitaire aux armées. Le nouvel ouvrage d'Alain Pigeard, président du Souvenir napoléonien depuis 2012 et secrétaire de la Fondation Napoléon, nous en donne la preuve. Le ton est donné avec la préface-interview de Dominique Larrey, figure emblématique de la chirurgie militaire de cette période. Le premier chapitre pose les bases de l'état de la médecine militaire à la veille de la Révolution française. Suivent vingt-quatre chapitres chronologiques qui couvrent année par année - ce choix entraîne, hélas, quelques redites - le quart de siècle qui sépare la première République (1792) de la fin de l'Empire (1815). Vingt-quatre années de conflits, à quelque chose près, durant lesquelles de nombreux chirurgiens, médecins et pharmaciens militaires - dont l'annexe 1 rapporte une biographie forcément arbitraire - ont honoré le corps de santé militaire ; vingt-quatre années durant lesquelles nombre d'entre eux y laissèrent la vie, comme le rappelle l'annexe 3 intitulée "Les officiers du service de santé tués pendant les guerres de l'Empire" ; vingt-quatre années de réformes, d'ordonnances, de textes régissant l'habillement comme le contenu des caissons d'ambulance, l'écartement des lits comme la profondeur des inhumations, la ration de vin

comme l'évacuation des blessés par voies maritimes..., de lois, décrets, arrêtés, circulaires, rapportés en annexe 5, parfois fastidieux à la lecture, qui témoignent de l'importance de la santé des troupes pour Napoléon et son administration, mais aussi de l'instabilité et des contradictions dans son organisation, instaurant des rapports volontiers conflictuels entre les soignants, "officiers" sans épaulette, et l'administration ; vingt-quatre années de pénurie de combattants en bonne santé, de soignants bien formés, malgré l'établissement de cours dans les hôpitaux d'instruction militaires dès 1796 et les réformes dans l'enseignement médical dans le civil ; vingt-quatre années de manque en matériels, en médicaments ou en charpie, mais aussi vingt-quatre ans de débrouilles et d'astuces de la part du personnel de santé que ce livre, rempli d'anecdotes, relate au fil des ans ; vingt-quatre années de recrutement et de réquisitions de soldats dans des circonstances et des conditions sanitaires qui vont fortement influencer l'organisation des soins, en commençant par les levées en masse des premières années de la Révolution puis celles des dernières années de l'Empire ; vingt-quatre années qui vont voir naître la chirurgie de bataille et la création des ambulances volantes, mais aussi montrer les limites de leur mise en place, soulignant le dénuement des soignants sur le front comme à l'arrière et parfois aussi les difficultés de l'administration sanitaire devant les réalités militaires ; vingt-quatre années de réflexions sur l'hygiène des camps, des navires, des prisons et surtout des hôpitaux, sur l'alimentation et le rôle fondamental de l'intendance dans la santé des troupes ; vingt-quatre années de prouesses chirurgicales que l'auteur, sans doute emporté par la grandeur épique de cette période, exagère parfois mais durant lesquelles il souligne aussi le courage des blessés, amputés sans anesthésie, hospitalisés sans médicaments... ; vingt-quatre années de conflits à travers le monde durant lesquels Alain Pigeard ne nous épargne ni la peste ou l'ophtalmie survenues en Égypte, ni le paludisme durant la campagne d'Italie, ni la gale ou la syphilis, endémiques aux armées, ni la fièvre à Saint-Domingue, ni le typhus lors de la campagne de Russie, ni la pourriture d'hôpital, le tétanos ou la gangrène survenus sous une tente devant Saint-Jean d'Acre ou une grange à Eylau... ; vingt-quatre ans de bravoure et de patriotisme, mais aussi de petites lâchetés, de détresse que l'auteur relate en multipliant les récits de soldats, des civils ou des soignants, français ou étrangers, grâce à une importante bibliographie, que l'on aurait néanmoins aimée référencée et dans laquelle ne sont pas cités certains témoignages comme celui de Jacques Duret ; vingt-quatre ans enfin durant lesquels il ressort que la médecine et la chirurgie ne firent pas de progrès notables, contrairement au quart de siècle qui suivit. Le chapitre 26, Quid des morts ?, est d'ailleurs là pour nous le rappeler. Un lexique du service de santé, en annexe N° 2, donne d'intéressants détails sur certains mots employés, bien que quelques termes ambigus dans leur emploi actuel, comme "charpie" ou "virus", ne soient pas cités, et d'autres, comme "officier de santé", pas suffisamment explicités par rapport à leur emploi civil à partir de 1803, tandis que l'annexe 4 est consacrée à l'argot relatif au service de santé.

Le livre, commencé par une interview imaginaire de Larrey, se termine par une biographie romancée du soldat Grégoire Pigeard, ancêtre de l'auteur, qui, fort de ses huit blessures, donne une légitimité à son descendant pour nous offrir cet ouvrage sur la santé des troupes durant la Révolution et l'Empire. Car, si Alain Pigeard est bien connu des historiens de Napoléon Ier et de l'époque napoléonienne, notamment de son histoire militaire, il est moins connu des historiens de la médecine. Ce livre, d'une lecture facile malgré l'âpreté du sujet, permettra de combler cette lacune.

J.-F. Hutin

TEYSSOU Roger, *Jean Wier. Des dieux, des démons, des sorcières*, L'Harmattan, Paris, 2017, 257 p.

Le livre de Roger Teyssou est une analyse très documentée de la vie et de l'œuvre de Jean Wier, occasion d'analyser les techniques et méfaits de la superstition et de la sorcellerie. Un premier chapitre permet de découvrir Jean Wier (1515-1588) et, à travers cette biographie, de saisir tout ce qui a pu influencer sa personnalité et inspirer son travail : élève, à 15 ans, du chevalier Heinrich Cornelius Agrippa passionné de sciences occultes, puis études de médecine à Paris et Orléans, nommé médecin stipendié à Arnheim, région où foisonnaient mages et sorciers. Sollicité par des responsables de couvents sur des cas de possession démoniaque, Jean Wier, à partir de son expérience, a entrepris une analyse de trois livres importants et a rédigé lui-même un ouvrage sur la sorcellerie. Roger Teyssou rapporte le contenu résumé de ces quatre documents.

Le Malleus maleficarum d'Institoris : Henry Institoris est né à Sélestat en 1436. Ce dominicain est un professionnel de l'Inquisition. *Le Malleus - le Marteau* ou *Le Maillet des Sorcières* - est paru en 1487 à Strasbourg. Plus de 30.000 exemplaires ont été imprimés. Ce document comporte schématiquement trois parties : les rapports entre sorcellerie et religion catholique, l'exorcisme, les sentences ou pénitences imposées aux sorcières. Institoris insiste sur l'iniquité des procès intentés aux sorciers.

De lamis & phitonicis mulieribus de Molitor : Ulric Molitor (1442-1507), avocat, originaire de Constance, fit ses études à Padoue. Il dédia son livre à l'archiduc Sigismond, prince d'Autriche, préoccupé par le sort des sorcières. *Des femmes sorcières et devineresses* comporte quatorze chapitres dans lesquels Molitor reprend point par point tous les arguments de l'archiduc pour estimer en conclusion que les sorcières sont victimes de leurs propres chimères.

De la démonomanie des sorciers de Jean Bodin : Jean Bodin (1530-1596), né à Angers, entreprit des études de droit à Toulouse. Son traité a pour origine son expérience, ayant participé à l'instruction du procès d'une sorcière qui avait eu commerce avec le diable dès l'âge de douze ans. L'ouvrage comporte quatre chapitres : le sorcier, la magie, les moyens de lutte contre les sortilèges, l'inquisition.

Histoires, disputes et discours de Jean Wier : ce véritable plaidoyer contre la chasse aux sorcières comporte six livres ; le premier consiste en une étude des différentes entités sataniques dans le monde ; le second, long de dix-huit chapitres, est consacré à l'énumération critique des techniques rituelles de la magie ; le troisième traite des sorcières décrites comme de vieilles femmes, des oiseaux persécuteurs, des vampires ; le quatrième aborde le problème de l'ensorcellement, véritable pathologie ; le cinquième envisage le problème de la guérison des sorcières ; le dernier livre enfin traite des punitions réservées aux magiciens et sorcières.

Suite à l'analyse de ces quatre ouvrages, Jean Teyssou consacre un chapitre aux points de vue opposés de deux lecteurs du livre de Wier, les docteurs Erastus et Furnius, pour terminer par l'histoire édifiante de Marthe Brossier, possédée et simulatrice, modèle de charlatanisme religieux.

En conclusion, Jean Wier envisage la réaction que pourront avoir, face à ses positions sur la possession diabolique et la torture des possédés, les philosophes, les théologiens, les médecins, les juristes, et il termine en affirmant que "il était prêt à affronter les pincures (coups) & les assauts d'hommes mordants & envieux". Bien au-delà des problèmes de la magie et de la sorcellerie, le livre de Roger Teyssou, abondamment documenté, apporte une vision particulièrement vivante de toute cette période de la Renaissance.

Jean-Marie Gilgenkrantz

BLANCHON Yves-Claude, *Gui de Chauliac. Médecin des Papes et chanoine lyonnais 1300-1368*. Préface du Pr Patrice Queneau, Saint-Martin-la-Plaine, Les Éditions de Phénicie, 2016, 116 p., 13€.

Ce petit livre, d'humble facture, écrit par un pédopsychiatre du CHU de Saint-Étienne, est celui d'un passionné de Gui de Chauliac. Pourtant, l'auteur nous avertit dès la première phrase qu'"on ne sait que peu de chose sur la vie de Gui de Chauliac..." et il n'a aucun élément nouveau à nous apporter ! Il va donc retracer la vie et l'œuvre du plus grand chirurgien du Moyen Âge, assez connues des historiens de la médecine, en développant le contexte de son époque (le XIV^{ème} siècle) à travers les études de médecine, la religion, les conditions d'exercice de la médecine. En effet, notre Gui n'est pas seulement chirurgien, médecin des Papes, enseignant, mais également chanoine du chapitre de Saint-Just de Lyon, où il sera d'ailleurs enterré. On est étonné de découvrir les voyages incessants de Gui entre Montpellier, Avignon, Paris, Lyon, sans parler des voyages en Allemagne, en Italie ou à Prague!

L'ouvrage est divisé en six chapitres : L'enfance et l'adolescence en Gévaudan (v1300-v1318), Les études de médecine et la formation chirurgicale (v1318-1344 ?), Chanoine de Saint-Just à Lyon (1344-1348), Les années avignonnaises entre Lyon et Avignon (1342 ?-1368 ?), L'écriture de la *Chirurgia magna* (1348-1363), Les dernières années (1364-1368). Des annexes reprennent des extraits de son œuvre sur la peste noire de 1348 qu'il appelle "La grande mortalité" et sur les médicaments utilisés pour calmer la douleur. Une importante bibliographie, citée dans le texte, est rappelée en fin d'ouvrage. De nombreuses notes ainsi que des dessins à la plume de l'auteur complètent l'ensemble. Même si l'ouvrage demeure austère, à l'instar de notre médecin-chanoine, ce petit texte fait revivre une personnalité hors du commun qui s'indignait de la fuite des médecins lors de la peste, au risque de l'attraper lui-même: ce qui lui est finalement arrivé, mais il en survécut !

Jacques Chevallier

PERDICYOYANNI-PALEOLOGOU Hélène ed., *The concept of madness from Homer to Byzantium (Manifestations and aspects of mental illness and disorders)*, Amsterdam , 2016, Adolf M. Hakkert ed. , 411 p.

Ce travail érudit, collaboratif et bilingue, avec 15 articles dont 11 en anglais et 4 en français, est publié sous la direction de Hélène Perdicoyanni-Paleologou. La préface, qu'elle signe, résume ces travaux émanant de chercheurs de disciplines variées. Parmi ceux-ci, on mentionnera des contributions majoritairement anglophones pour : (1) la littérature et le théâtre : Maria Gerolemou, *Magic of the Tragic Stage of 5th century Madness BC. From Homeric to Tragic Madness* ; George Kazantzidis, *Madness in New Comedy and Hellenistic Poetry* ; Emily Mc Demott, "*Furor*" as failed "*Pietas*" : *Roman Poetic Constructions of Madness through the Time of Virgil*. (2) la philosophie : Sarah Francis, *Rationalising the Irrational : Two uses of Madness in Ancient Greek Philosophy* ; Svetla Slavera-Griffin, *Neoplatonic views on Madness and Madness*. (3) l'histoire générale et l'histoire de la médecine : Ph. Charlier et Clarisse Prêtre, *Alcoholism in Antiquity : from Repression to Therapy*; Ph. Charlier et L. Brun, *First Descriptions of Post-traumatic Stress Disorder ?* (4) la théologie : John Petruccione, *Madness in Ante-Nicene Christianity : The Portrayal of the Persecutor in the Martyr Acts and Related Literature* ; Margaret Trenchard-Smith, *Sea-Sickness, Shipwreck and the Heretical Storm : Saint Basil of Caesarea on Dessen , the Passions and Madnes* ; Wendy Mayer, *Madness in the Works of John Chrysostom : a Snapshot from Late*

Antiquity; W. McCarth, "Apoplexia and Nestorin : Misconception of the Unity of Natures in Christ according to Cyril of Alexandria. En fin d'ouvrage, une contribution théologique en français, celle de Caroline Macé, "Les mots et la chose : Quelques réflexions sur le vocabulaire de la folie chez Maxime le Confesseur et Jean Damascène". Cinq Index terminent l'ouvrage, *Termes sémiologiques, Termes grecs, Termes latins, Noms propres et Théonymes*.

La richesse du contenu rend difficile toute analyse détaillée. On tentera ici de dégager quelques tendances générales. On sait que les V^{ème} et IV^{ème} siècles av. J.-C. furent, chez les Grecs, une période marquée par l'émergence *simultanée* puis l'apogée de la tragédie classique et de la comédie, l'épanouissement de la philosophie, la naissance de l'histoire ainsi que l'écllosion de la médecine hippocratique. Toutes ces disciplines donnent des exemples de personnages atteints de troubles mentaux. Dans la mania, d'Homère et des tragiques grecs, domine la sémiologie hallucinatoire et délirante. Les humains deviennent fous parce qu'ils se trouvent, à un moment donné, en rivalité avec des dieux ou des déesses. La vantardise d'Ajax et d'Héraklès, le regard lubrique d'Hyppolite, le matricide commis par Oreste ou encore la rébellion publique de Penthée doivent être punis. Cette insanité fondamentale qui bouleverse en profondeur l'équilibre mental (*sophrosune* ou *enkratéia*) de l'homme grec, ainsi nous apparaît la folie tragique antique. Chez le comique Ménandre ou dans la poésie hellénistique (Apollonius de Rhodes), la folie est moins le fait de l'intervention divine, que secondaire à des perturbations du corps ou de l'âme. La démarche des philosophes (Platon, Aristote) est de rationaliser la folie par essence irrationnelle. Celle des médecins de la *Collection hippocratique* (*Epidémies*) sera plus pratique : il s'agira de caractériser la folie par des symptômes frappant le corps (yeux révulsés, bouche tordue, mains rétractées, respiration haletante, soubresauts du cœur soulevant la poitrine, anomalies de la vue et de l'ouïe, hurlements, tremblements, perturbations du sommeil et des équilibres alimentaires, fièvre, convulsions), ou troublant l'âme (anomalies du comportement). Plusieurs folies sont ainsi identifiées : l'emballement psychique du maniaque, la tristesse profonde et l'abattement du mélancolique ou l'alternance, chez le même patient, de manie et de mélancolie. Sont encore décrits les convulsions de la maladie sacrée ou sauvage : (*agriá nosos* ; *épilepsie*), les gesticulations de l'hystérique, liées, croyait-on à une perturbation utérine, la confusion mentale fébrile (*phrénitis* ou *frenesis*). Pour Philippe Charlier et Clarisse Prêtre, le syndrome délirant lié au sevrage d'alcool que les médecins modernes identifiaient en 1813 comme *delirium tremens* aurait été déjà décrit par Cassius Felix, auteur romain africain chrétien du V^{ème} siècle. Dans un autre article, Charlier et Brun ont pensé retrouver chez Rufus d'Ephèse, médecin grec du I^{er} siècle, la description du syndrome de stress post-traumatique.

Deux autres contributions francophones nous ont paru devoir être mises en exergue : le travail de la directrice de la publication, *Manifestations et aspects de la folie chez les historiens grecs, romains et judéens de langue grecque* ; et celui de Magdalena Kozluk, *Folie et mélancolie : un débat dans l'histoire*. Suivant une approche philologique, Hélène Perdicoyanni-Paleologou aborde la folie à partir de trois familles de verbes (*μαίνεσθαι*, *βαχχεύειν* et *λύσσαω*), replacées dans leur perspective historique ; il en découle trois types de folies : (1) la manie furieuse divine des Ménades avec toutes ses transgressions ; (2) la fureur initiatique bacchique (passion amoureuse, ivresse aigüe) ; (3) la folie des enragés, loups ou chiens. Ces trois formes verbales simples, suivies dans leur évolution sémantique, font naître des verbes composés ou des dérivés nominaux et adverbiaux. Ces

formes plus complexes donnent ensuite lieu à autant de tableaux cliniques diversifiés avec leurs différents sens (spécifique, métonymique, analogique ou métaphorique). Le second travail est celui de Magdalena Kozluk, membre de notre Société. Il détaille les tableaux que divers auteurs grecs (Arétée de Cappadoce, Aristote, Rufus d'Ephèse, Galien), romains (Cicéron, Pline, Sénèque) ou modernes (XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles : *Emblemata medica* de Louis de Caseneuve, Claude Mignault, Plantin) donnent de la folie et/ou de la mélancolie. Ici, le mécanisme causal est toujours l'accumulation de bile noire qui est un mélange de chaud et de froid dans le corps du malade. Pour Aristote, la folie devient une expression paroxystique de la mélancolie. Pour Hippocrate au contraire, le comportement du philosophe Démocrite, que ses compatriotes d'Abdère avaient considéré fou, n'est pas celui d'un insensé mais d'un mélancolique par nature. Démocrite, le vieux philosophe, apparaît triste, maigre, aux pieds et jambes nus, taciturne, solitaire, fuyant la compagnie des hommes. Le mélancolique soupçonneux et envieux affectionne aussi l'étude et la recherche ; il est apte à prédire l'avenir, avec parfois des éclairs de génie, philosophique ou scientifique, et aussi des bouffées de lubricité. Sur ce portrait-type du vieux mélancolique, médecins et philosophes projeteront d'autres correspondances, empruntées aux micro et macrocosmes : la fin de la vie humaine, la vieillesse, la mort avec sa pâleur et son refroidissement, l'image de l'arbre perdant ses feuilles à l'automne. Il est fait aussi référence au vieux dieu Kronos, le Temps, livide et vorace. Kronos veut dévorer sa progéniture mais ses dents se brisent sur la pierre langée, que sa femme lui fait manger à la place de ses enfants. A Kronos, on associe aussi par analogie la planète Saturne, froide, sèche, lointaine et métallique avec ses anneaux, un métal le plomb, et deux animaux bien particuliers, le poulpe parcimonieux qui thésaurise, et le lièvre lubrique, qui, tout comme le vieux mélancolique, se révèle avoir de gros besoins sexuels.

A cette vision médicale de la folie se superpose une autre tradition, celle-ci philosophique. Pour les stoïciens, tels Cicéron ou Sénèque, si la sagesse marque la santé de l'âme, le manque de sagesse induit la mauvaise santé (*insanitas*), la *folie* (*insania*) et la démence (*dementia*) avec sa faible capacité du jugement. L'*insania*, folie par manque de sagesse, se sépare donc de la folie furieuse (*furor*), que les Grecs désignaient sous le terme de *mélancholie* comme si l'âme était agitée seulement par la bile noire et non par un excès plus grave de colère, de crainte ou de douleur. Dans le *furor*, ce qui prime, c'est le complet aveuglement de l'esprit. Ainsi en mettant l'accent sur le psychisme, le stoïcisme déplace la problématique folie-mélancolie du plan médical au plan philosophique et moral.

En bref, cet ouvrage savant donne un aperçu de la façon dont furent appréhendés, dans les mondes grec, romain, judéo-chrétien et byzantin, la conceptualisation, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. L'appareil critique des notes est considérable, rendant compte du sérieux des recherches bibliographiques effectuées. Les index des termes et des théonymes aident le lecteur. Qu'il nous soit permis pourtant ici d'exprimer plusieurs regrets : (1) celui de n'avoir pas pu trouver, dans cet ouvrage, l'étymologie du mot "folie" ; (2) une sur-représentation des descriptions littéraires des symptômes de la folie, aux dépens des séméiologies médicales ; (3) une sur-représentation des écrits des périodes antiques tardives néo-platoniciennes et chrétiennes ; (3) à l'inverse, une sous-représentation des descriptions sémiologiques ayant trait aux pathologies psychiatriques chroniques ; (4) à l'exception d'un article la quasi absence des thérapeutiques qu'on tentera d'opposer à ces désordres mentaux ; (5) Le caractère littéraire de plusieurs

descriptions les rend souvent moins précises au plan médical ; (6) les très nombreuses notes et références bibliographiques en caractères grecs sont peu appréhendables pour le lecteur non hellénophone ; (7) les résumés ou “abstracts” figurent en fin d'article, alors qu'il y aurait avantage à les faire apparaître au début ; de surcroît, ces résumés ne sont jamais bilingues alors que les contributions le sont ; (8) on regrettera enfin, pour un sujet qui s'y prêtait tout particulièrement, la modestie de l'iconographie artistique . Celle-ci n'illustre en effet qu'un seul article celui de Magdalena Kozluk (*Folie et mélancolie*). On déplorera sa mauvaise qualité graphique. On aurait aussi souhaité une iconographie bien plus présente pour illustrer, par exemple, les trop nombreux tableaux sémiologiques, parfois fastidieux, qui figurent dans l'article de Lydie Bodiou et Véronique Moehl, *Quand le corps déraisonne dans l'Antiquité grecque*. Quoi qu'il en soit, ces critiques n'enlèvent rien au sérieux des contributions fournies ainsi qu'à l'intérêt et à l'importance de cette somme historique originale dédiée aux manifestations et aux aspects des maladies et désordres mentaux.

Alain Lellouch

Études anthropologiques et paléopathologiques à Amiens

J'ai eu l'honneur d'être conviée à visiter à Amiens, le vendredi 3 novembre 2017, des fouilles en cours, prévues jusqu'au mois de décembre 2017, réalisées par le Service Archéologique préventif d'Amiens Métropole (SAAM), où l'étude anthropologique est effectuée par Élodie Jadelot, archéo-anthropologue. Je lui laisse la plume pour présenter le travail en cours.

Danielle Gourevitch

À Amiens (Somme), au fond de la vallée de la Somme, un chantier d'archéologie préventive est l'occasion, sur 1100 m², d'étudier la mutation d'un marais à fleur d'eau aux marges de la ville antique en un espace cémétériel moderne liée à l'hôtel-Dieu Saint-Jean. Cette fonction amène l'espace à accueillir une série de probables charniers de pestiférés.

La fouille de la première phase s'achèvera en décembre. Conduite par le Service Archéologie préventive d'Amiens-Métropole (SAAM), elle est dirigée par Richard Jonvel, doctorant médiéviste. La coordination de la fouille des nombreux inhumés étant effectué par moi-même, Élodie Jadelot, archéo-anthropologue. L'équipe de dix chercheurs disposera ensuite de deux ans pour rendre ses conclusions. Une phase de fouille complémentaire, en mars, permettra d'étudier les niveaux les plus bas, actuellement sous l'eau. Sur l'emplacement d'un ancien garage, la zone fouillée se trouve, d'après les ressources documentaires, au bout des jardins de l'hôtel-Dieu construit au XIII^{ème} siècle ; la ruine de sa “salle des malades” est visible dans le quartier Saint-Leu. Ce bâtiment fut détruit durant la seconde guerre mondiale, alors qu'il fonctionnait encore. La surface fouillée comprend deux grands secteurs funéraires structurés autour d'un canal aux parois parementées de grès. Il assure la transition chronologique entre le marais romain et la lente intégration de cet espace dans la ville médiévale et moderne. Son comblement fait place à la construction, après 1521, d'un grand bâtiment en pierre, peut-être “la salle des pestiférés” créée afin de gérer les épidémies qui sévissaient alors. Une construction à un moment où l'accueil des malades des épidémies peine à s'imposer comme fonction de l'Hôpital.

La fouille actuelle (en novembre 2017) montre un cimetière, où sont inhumées toutes les classes d'âge habituelles en archéologie (c'est-à-dire avec un déficit des périnataux).

Les tombes individuelles, parfois accueillant un autre individu, pourraient être autant celles des hospitalisés que celles des fidèles d'une chapelle de quartier toute proche. L'étude de la centaine de sépultures permettra de mieux évaluer l'état des pathologies. Cependant, dès le terrain, se dégage le sentiment d'une population avec de nombreux troubles lisibles sur l'os.

Si l'orientation canonique (tête à l'ouest) est globalement respectée, de nombreux immatures et certains adultes sont contre-orientés. Les enfants de toutes les tranches d'âges - du périnatal à l'adolescent - sont nombreux. La présence de tombes multiples (jusqu'à cinq personnes) pourrait correspondre à des mortalités quotidiennes parfois importantes et témoigner, dès cette phase, de l'accueil de décès liés à des pics épidémiques. La localisation de l'opération d'urbanisme fait que nous sommes en périphérie de ce très vaste cimetière que nous n'abordons que par sa frange ouest. C'est peut-être à cette situation de périphérie que nous devons la découverte majeure de cette opération, une série de grandes fosses collectives qui peuvent contenir jusqu'à une trentaine d'individus et dont deux sont en cours de fouille. L'utilisation de chacune de ces fosses successives semble s'échelonner sur un laps de temps très court, ne dépassant certainement pas un mois. Les individus y sont disposés dans un contenant souple, de type linceul, relativement soigneusement, puis recouverts immédiatement de terre. De nouveaux corps sont ensuite disposés au-dessus, et ce jusqu'au remplissage complet de la fosse. Une fois la première comblée, une autre fosse est creusée à côté.

La taille des fosses, globalement quadrangulaires, est variable et pourrait correspondre à la quantité de décès survenue au moment. Ce type de structure à l'époque moderne, où, sous le strict contrôle de l'Église, la sépulture individuelle est la norme, est généralement interprété comme la réponse de la société à un pic de mortalité. En l'absence de traumatismes évidents, l'hypothèse privilégiée est l'épidémie de peste. Pour le XVI^{ème} siècle, plusieurs sont signalées dont une en 1635. Les tranches d'âges et les individus représentés dans ces fosses semblent correspondre, la peste étant une pathologie qui concerne toute la population, hommes, femmes, enfants, et toutes classes d'âges ou catégories sociales. La présence du bacille *Yersinia Pestis* sera donc recherchée au sein des ossements. Tout l'intérêt est de comprendre l'organisation et le traitement funéraire réservé aux patients de l'hôtel-Dieu, initialement réservé aux indigents, orphelins et pèlerins, mais aussi d'étudier l'état sanitaire et les atteintes pathologiques sur les ossements. Les mêmes études seront menées sur les individus des fosses communes, ces dernières contenant potentiellement une population plus "large". Les résultats des deux secteurs pourront alors être comparés. Le site étant en cours de fouilles, les questions se construisent au gré de l'avancée de l'opération. Leur documentation, et peut-être quelques réponses, sont attendues pour 2018/19. Toutefois, d'ores et déjà, nous avons pu observer que les individus des fosses communes présentent de nombreuses pathologies infectieuses et traumatiques, et qu'une part non négligeable d'individus porte des calcifications dans la cage thoracique et dans le bassin, ce qui n'est, pour l'instant, pas observé dans le cimetière. C'est pourquoi des analyses approfondies sont prévues afin de comprendre le contexte pathologique global.

La fouille de cimetières d'hôpitaux est rare en contexte archéologique, et la découverte de fosses collectives liées à des épidémies de peste l'est encore plus, les deux simultanément sont inédites en France, c'est pourquoi nous recherchons activement des partenariats avec des laboratoires et des mécènes pouvant nous permettre les analyses les plus pertinentes possible.

Élodie Jadelot

Règles générales de publication

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Histoire des Sciences Médicales, organe officiel de la Société Française d'Histoire de la Médecine, publie, outre les comptes rendus des séances de la Société, les textes des communications, des comptes rendus d'ouvrages, de thèses ou de congrès.

Obligations légales :

- Les auteurs s'engagent à respecter les dispositions de la loi du 11 mars 1957 modifiée, relative à la propriété littéraire et artistique.
- Les manuscrits originaux, destinés à publier une communication faite en séance à la Société, ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être simultanément soumis pour publication à une autre revue.
- L'auteur s'engage à demander l'autorisation du Comité de lecture s'il désire reproduire partie ou totalité de son article, après sa publication dans *Histoire des Sciences Médicales*.
- L'auteur engage seul sa responsabilité, en particulier en ce qui concerne les opinions ou les interprétations exprimées dans les exposés ou reproduites dans les analyses.

Comité de lecture et de programmation :

- En aucun cas la SFHM n'est engagée vis-à-vis des manuscrits reçus avant la décision définitive du Comité de lecture et de programmation.
- Le Comité se réserve le droit de demander des modifications du texte et/ou de la bibliographie.
- Les textes, publiés ou non, ne sont pas retournés à l'auteur.
- L'auteur recevra une épreuve imprimée de l'article pour approbation finale. Il devra impérativement retourner celle-ci sous huitaine. Aucune modification du contenu ne sera acceptée.
- L'auteur sera invité à autoriser la SFHM à publier sur son site web, via le site web de la BIUS, l'article publié dans la revue *Histoire des sciences médicales*, ceci après un embargo de deux ans.
- Il certifiera que les documents éventuellement reproduits dans son article (texte, illustrations...) sont libres de droits.
- L'auteur recevra un tiré-à-part électronique de son article en PDF ainsi que 3 exemplaires du numéro de la revue *Histoire des sciences médicales* où son article a paru.

Consignes éditoriales :

TEXTE :

- Le manuscrit portera au bas de la première page la date de la séance et l'adresse postale du ou des auteurs.

- Le texte sera accompagné d'un court résumé en français et d'un autre en anglais, ne dépassant pas 500 signes (espaces comprises).
- Les textes seront rédigés en français, sous Word (doc ou docx), ne dépassant pas 35000 signes (espaces comprises).
- La mise en page des textes sera la plus simple possible, sans caractères gras ni soulignés, en Times ou Times New Roman (taille 12), y compris pour les noms propres qui ne seront pas en capitales dans le texte.
- Les appels de notes seront indiqués entre parenthèses dans le texte, et les notes renvoyées en fin de texte.

ILLUSTRATIONS :

- Si l'auteur a présenté des illustrations lors de sa communication, il en choisira quelques-unes (5 ou 6) pour la publication, au format JPEG (minimum 800Ko), et envoyées par fichier séparé.
- Elles seront numérotées en chiffres arabes pour les photographies et les graphiques (Fig. 1, Fig. 2, etc.) et en chiffres romains pour les tableaux (Tableau I, Tableau II, etc.).
- Les légendes des illustrations, classées dans le même ordre que ces dernières figureront dans un fichier séparé.
- Rappel : l'auteur s'engage à ne fournir que des illustrations libres de tous droits, cette exigence valant décharge de la responsabilité de la SFHM.

NOTES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Les références seront strictement limitées aux travaux mentionnés dans le texte et devront être conformes à celles éditées par *PubMed* ou par *l'Année Philologique*.
- Elles doivent comporter obligatoirement dans l'ordre : nom de l'auteur (en petites capitales), suivi des initiales du prénom en majuscules ; titre intégral dans la langue de publication ; éditeur, lieu, date, éventuellement numéros de la première et de la dernière pages citées s'il s'agit d'un extrait, avec l'indication p.
ou pour un article : titre de la revue ; année de parution ; série ; numéros de la première et de la dernière pages, sans l'indication p.
- L'auteur est responsable de l'exactitude des citations, des références et des notes.

À titre d'exemple :

Article dans un périodique :

SÉGAL A. - "Le bistouri. Réflexion sur l'anse coupante et coagulante dans l'histoire de l'endoscopie". *Acta endoscopica*, 1988, 18, n° 3, 219-228.

Chapitre de livre :

FERRANDIS J.-J. - Exploiter un musée d'histoire de la médecine : le musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce. In : *Histoire de la médecine Leçons méthodologiques* (dir. D. GOUREVITCH), Ellipses, Paris, 1995.

Livre :

GRMEK M.D. - *Histoire du SIDA. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Payot, Paris, 1989.

Thèse :

SALF É. - Un anatomiste et philosophe français, Étienne Geoffroy Saint-Hilaire (1772-1844), père de la tératologie morphologique et de l'embryologie expérimentale. *Thèse méd. Lyon*, 1986.

Annuaire des membres de la SFHM (2017)

Dr Abulius, Joëlle ; Dr Albou, Philippe ; Dr Allemandou, Bernard ; Pr Allilaire, Jean Francois ; Dr André, Elise ; Dr Androutsos, Georges ; Dr Astudillo, Leonardo ; Dr Audouard, Jean-François ; Dr Awada, Thérèse ; Dr Aymard, Jean-Pierre ; Dr Aynaud, Olivier ; Dr Baldivia, Bernard ; Pr Bange, Christian ; Dr Barbara, Jean-Gaël ; Dr Barbarin, Yves ; Dr Barbas, Stéphane ; Dr Barjansky, Anne ; Dr Baron, Pierre ; Dr Barrault, Marie-Laure ; Dr Bastide, Nicolas ; Pr Battin, Jacques ; M Baudequin, Henri ; Pr Bauduer, Frédéric ; Mme Baveye-Kouidrat, Laurie ; Pr Bazin, Hervé-Marie ; Dr Beauvillain de Montreuil, Claude ; Mme Benmoussa, Nadia ; Pr Berche, Patrick ; Pr Bercé, Yves-Marie ; Dr Bernard, Luc ; Pr Berriot-Salvadore, Évelyne ; Dr Bertaux, Louise ; Dr Biesbrouck, Maurits ; Dr Blain, Julien ; Pr Blanc, Jean-Louis ; Dr Blondel, Jean-Hugues ; Pr Blotman, Francis ; Dr Bonhomme, Norbert ; Dr Bonn, Gérard ; Dr Bonnet, Françoise ; Dr Bonnet-Cadilhac, Christine ; Dr Bonnichon, Philippe ; Dr Bonnot, Daniel ; Dr Borrel, Thierry ; Pr Botelho, Joao Bosco ; Pr Bouchet, Alain ; Dr Boule, Charles ; Dr Boulu, Gilles ; Dr Boumal, Norbert ; Dr Bouquet, Philippe ; Dr Bourdieu, Anne ; M. Bousigues, Richard ; Dr Boutaric, Jean-José ; M. Bugnicourt, Alain ; Dr Bussière, Jean-Louis ; Dr Caire, Michel ; Dr Camus, Jean-Louis ; Dr Cano, Marie-Joëlle ; M. Capella, Audric ; Dr Carolus-Curien, Jacqueline ; Dr Cartier, Bernard ; Mme Casseyre, Pierrette ; Dr Castel, Olivier ; Dr Caubet, Alain ; Dr Caumon, Jean-Pierre ; Mme Cavé, Isabelle ; Dr Cazalaà, Jean-Bernard ; Mlle Chapuis, Jacqueline ; Mlle Chapuis, Monique ; Maître de Conférence Charlier, Philippe ; Dr Charon, Pierre ; Pr Chastel, Claude ; Dr Chauvin, Frédéric ; Dr Cherif, Driss ; Dr Chevallier, Jacques ; Dr Chiran de Buczewski-Abdank, Mircea Dan ; Dr Chéliout-Hérait, Fawzia ; M. Cobolet, Guy ; Pr Cohen, Jacques ; Dr Comiti, Vincent ; M Conan, Patrick ; Dr Cornet, Philippe ; Mlle Criquebec, Françoise ; Mme Céron, Emmeline ; M. Dahmani, Zakari ; Dr Damas, Anny-France ; Dr De Amorim, Fernando ; Pr De Costa, Caroline ; Dr De Luca, Lucien ; Mme De Mérode, Lara ; Dr De Parades, Vincent ; Pr Dedet, Jean-Pierre ; Dr Deligny, Claire ; Dr Deltombe, Xavier ; Pr Destrieux, Christophe ; Dr Dhennin, Christine ; Dr Dodin, Frédéric ; Mme Doria, Corinne ; Dr Douce, Annie ; Dr Dreiser, Renée-Liliane ; M. Droixhe, Daniel ; Dr Dubois, Charles ; Dr Dubois-Vallaud, Delphine ; Pr Ducoulombier, Henri ; Pr Duhamel, Marc ; Pr Dupouy-Camet, Jean ; Dr Durand, Jean-Pascal ; Dr Durand, Jean-Pierre ; Dr Durand-Perret, Martine ; Pr Dutour, Olivier ; Mme D'Andrea, Olga ; M. El Hadj, Jamel ; Dr Fabre, André-Julien ; Dr Fabre, Gérard ; M Fardeau, Francois ; Pr Fardjad, Mohammad ; Dr Felizardo, Rufino ; Dr Ferrandis, Jean-Jacques ; Mme Florès-Paraire, Lyse ; Pr Fontaine, Jacqueline ; Dr Fournier, Jean-Pierre ; Dr Fremont, Bruno ; Dr Fresnais, Denise ; Dr Gaboriau, Guy ; Dr Gameiro, Alexandre ; Dr Garcia, Jean-Louis ; Dr Gaudiot, Claude ; Pr Geenen, Vincent ; Dr Gentili, Marc ; Pr Germain, Michel ; M. Gest, Francis ; Pr Gilgenkrantz, Jean-Marie ; Pr Gilgenkrantz, Simone ; Dr Glicenstein, Julien ; Dr Gobbe-Maudoux, Pierre ; M. Godivès, Florian ; Pr Gonzales, Jacques ; Dr Got, Christelle ; Dr Gourdou, Jean-François ; Pr Gourevitch, Danielle ; Dr Graftieux, Jean-Paul ; Mme Gramain, Pascale ; Dr Grand, Maurice ; Dr Grandordy, Béatrice ; Dr Grangier, René ; Dr Granier, Alain ; Mme Guegan, Danielle ; Dr Guérin, Jean-Luc ; Dr Guillet, Philippe ; Dr Guillon-Metz, Françoise ; Pr Guivarc'h, Marcel ; Dr Gélis, Jacques ; Dr Haddad, Alain ; Dr Haddad, Muriel ; M. Hadjadj, Michel ; Pr Hamonet, Claude ; Dr Harbonn, Colette ; Dr Hecquard, Pierre ; Pr Hecquet, Myriam ; Dr Henry, Paul ; Dr Hérait, Louis-Armand ; Dr Hirsch, Isabelle ; Pr Hoerni, Bernard ; Dr Hutin, Jean Francois ; Dr Imbert-Valassopoulos, Catherine ; M. Jacob, Louis ; Dr Jeambrun, Pascale ; Dr Jossset, Patrice ; Dr Jung, Jean-Luc ; Dr Kapandji, Adalbert ; Dr Kapron, Anne-Marie ; Mme Karam, May ; Pr Karamanou, Marianne ; Dr Karenberg, Axel ; M. Klein, Alexandre ; Dr Kobayashi, Akira ; Pr Kottek, Samuel ; Dr Kouidrat, Youssef ; Pr Kozluk, Magdalena ; Dr Krogmann, Vincent ; Pr Labadie, Michel ; Dr Labbé, Bernard ; Pr Labonnelie, Muriel ; Dr Laboudi, Fouad ; Pr Labrude, Pierre ; M. Laffage-Cosnier, Sébastien ; Dr Laffolay, Christian ; Dr Laget, Pierre-Louis ; Dr Lahaie, Yves-Marie ; Dr Lamarche-Vadel, Yacine ; Mme Lamblin-Hetzel, Géraldine ; Pr Lamielle, Jean-Claude ; Dr Lanotte, Patrick ; Dr Lasserre, Jean-Pierre ; Mlle Laurens, Isabelle ; Pr Lavabre-Bertrand, Thierry ; Dr Lazare, Jean ; Maître de Conférence Le Floch-Prigent, Patrice ; M. Le Guellec, Steven ; Pr Le Minor, Jean-Marie ; Mme Lebreton, Marie-Claude ; Pr Legent, Francois ; Dr Lellouch, Alain ; Pr Lemercier, Jean-Pierre ;

M. Lenglet, Roger ; Dr Lepivert, Philippe ; Dr Leroux-Bouanani, Patricia ; Pr Levet, Jean-Pierre ; Pr Levy, Jean-Marc ; M. Linon, Pierre-Jean ; Dr Long, Francois-Xavier ; Dr Lotznenou, Louis ; Dr Louarn, Pierre ; Dr Luauté, Jean-Pierre ; M. Luhaire, Quentin ; Pr Lunel, Alexandre ; Pr Mabin, Dominique ; M Maes, Bruno ; Dr Mangin-Lazarus, Caroline ; Pr Marganne, Marie-Hélène ; Dr Martin, Gérard ; Dr Martin, Jean-Pierre ; Dr Martinez, Michel ; M. Martini, Éric ; M. Masson, Grégoire ; Dr Matignon, René ; Dr Mauffrey, Pascal ; Dr Mazurak, Magdalena ; Dr Meillet, Jacques ; M. Méroc, Nicolas ; Dr Michel, Bertrand ; Mme Midol-Monnet, Michèle ; M. Monet, Jacques ; Dr Mornet, Patrick ; Pr Mornex, René ; Dr Moutaux, Philippe ; Dr Mouthon, Jean-Marie ; Dr Mudry, Albert ; Dr N'Diaye, Michel ; Dr Ndiaye, Abdou-Rajack ; Dr Nguyen, Patrick ; M. Noirot, Fabien ; Dr Olive, Bernard ; Dr Pagniez, Gérard ; Mme Pallardy, Marie-José ; M. Palluault, Florent ; Dr Papathanassiou, Dimitri ; M. Payen-Appenzeller, Pascal ; Dr Peckre, Bernard ; Dr Peiffer, Gerard ; Mme Perdicoyianni-Paleologou, Helen ; M. Perez, Stanis ; Dr Petrover, Maurice ; Dr Pfister, Pascal ; Dr Philippart, Franz ; Dr Philippe, Christophe ; Dr Pinelli, Pierre-Olivier ; Dr Pinet, Patrice ; Dr Piperno, Daniel ; Pr Poirier, Jacques ; Pr Poncet, Jean-Luc ; M. Poreau, Brice ; Mme Portmann, Maria ; Dr Postel, Jacques ; Dr Pouillard, Jean ; Dr Prêté, Gérard ; Dr Puissegur, Jean-Claude ; M. Queneau, Patrice ; M. Quin, Grégory ; Dr Racle, Bruno ; M. Rayer, Thierry ; Dr Rey, Jean-Claude ; Dr Ribardière, Jean-Louis ; M. Ricciardetto, Antonio ; Pr Rivière, Daniel ; M. Rocco-Giraudon, William ; M. Roux-Dessarps, Michel ; Pr Roüessé, Jacques ; Dr Ruel-Kellermann, Micheline ; M. Sabet Azad, Bardia ; Dr Safran, Livia ; Pr Saimot, Adrien-Gérard ; Pr Saint, Fabien ; Dr Salf, Éric ; Pr Salmon, Rémy ; Pr Samama, Évelyne ; Mme Samion-Contet, Janine ; Dr Sarazin, Guillaïn ; Dr Sarazin, Laurent ; Dr Sardet, Michel ; Dr Schuhl, Jean-François ; Dr Senouci, Hadj-Mahi ; Pr Sevestre, Pierre ; Mme Soustre de Condat-Rabourdin, Bérange ; Pr Stahl, André ; Dr Stockmann-Genin, Nicole ; Dr Suspène, Michel ; Dr Ségal, Alain ; Dr Séguy, Bernard ; Dr Séguéla, Jean-Louis ; Dr Tailleux, Patrick ; Dr Tatossian, Jeanne ; Dr Terrier, Louis-Marie ; Dr Teyssou, Roger ; Dr Thillaud, Pierre ; Pr Thiéry, Gaëtan ; Dr Toll, Jean-Carlos ; Dr Tolédano, Ariel ; Pr Tricot, Jean-Pierre ; M. Trépardoux, Francis ; M. Vagneron, Frédéric ; Dr Van Den Broucke, Xavier ; Dr Van Heiningen, Teunis W ; Dr Van Tiggelen, René ; Pr Vandaele, Sylvie ; Mme Veillet, Françoise ; Pr Velut, Stéphane ; Dr Vesselle, Benoit ; Pr Villez, Jean-Pierre ; Pr Vincelet, Patrick ; Pr Vons, Jacqueline ; Mme Véron-Issad, Catherine ; Dr Walusinski, Olivier ; Pr Watier, Hervé ; Mme Weygand, Zina ; Dr Wyplosz, Julien ; Mme Xhayet, Geneviève ; Mme Yildiz, Nazifé ; M. Yout, Guillaume ; Pr Zanzi, Italo.

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

	Cotisation à la Société, seule 2017-2018	Abonnement à la Revue, seul 2017-2018	Cotisation et abonnement 2017-2018
Membre Union européenne	50 €	85 €	135 €
Membre autres pays	50 €	90 €	140 €
Membre étudiant < 28 ans	25 €	40 €	65 €
Membre donateur	100 €	90 €	190 €
Institution Union européenne		120 €	
Institution autres pays		130 €	
Retard (par année)	50 €	85 €	135 €

Prix de vente au numéro : UE : 30 € - Autres pays : 30 € + frais d'envoi

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

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

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