



HAL
open science

La France face à la poliomyélite : épidémies, prophylaxies, répercussions de la maladie

Guillaume Charmot

► **To cite this version:**

Guillaume Charmot. La France face à la poliomyélite : épidémies, prophylaxies, répercussions de la maladie. Sciences de l'Homme et Société. 2017. dumas-03193351

HAL Id: dumas-03193351

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03193351>

Submitted on 8 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DU MAINE
Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines
Département d'Histoire

**LA FRANCE FACE À LA POLIOMYÉLITE : ÉPIDÉMIES,
PROPHYLAXIES, RÉPERCUSSIONS DE LA MALADIE**

Présenté par Guillaume Charmot

Sous la direction de
Monsieur Hervé Guillemain

Septembre 2017

REMERCIEMENTS

En préambule de mon mémoire, je tiens à exprimer mes remerciements et ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont apporté l'aide et l'assistance nécessaire à l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements s'adressent en particulier à mon directeur de recherche, monsieur Guillemain, pour ses encouragements, l'aide précieuse qu'il m'a apportée ainsi que le temps qu'il m'a consacré.

Je remercie également celles et ceux de ma famille qui ont eu la patience et le courage de m'aider à relire mon travail, avec une pensée particulière pour Alexis qui m'a prodigué conseils et méthodes.

SOMMAIRE

| | |
|--|------------|
| INTRODUCTION..... | 4 |
| PREMIERE PARTIE : LA CARTE D'IDENTITE DE LA POLIOMYELITE..... | 13 |
| Chapitre Premier – La description clinique de la maladie..... | 14 |
| Chapitre II – Les causes de contamination..... | 23 |
| Chapitre III – La répercussion de la maladie..... | 31 |
| DEUXIEME PARTIE : LA MARCHE DE LA POLIOMYELITE..... | 40 |
| Chapitre IV – L'épidémie de 1930 dans l'est de la France..... | 41 |
| Chapitre V – Dans le reste de la France..... | 51 |
| Chapitre VI – La poliomyélite dans le reste du monde..... | 60 |
| TROISIEME PARTIE : LES MOYENS D'ACTION ET DE LUTTE..... | 72 |
| Chapitre VII – L'appareil de lutte institutionnel et législatif..... | 73 |
| Chapitre VIII – La sérothérapie..... | 83 |
| Chapitre IX – Les méthodes et traitements alternatifs..... | 90 |
| CONCLUSION..... | 104 |

Introduction

« La poliomyélite est comme le «Hurricane », ce vent d'orage que nous avons en Floride. Il vient et détruit tout. Quand il a passé, il faut tout reconstruire. »¹

Cette citation du Dr Gros peut paraître excessive de prime abord mais est très révélatrice de l'ampleur et de la violence d'une épidémie de poliomyélite. Lorsque l'on cite ou l'on parle de la poliomyélite, le nom ne fait pas beaucoup réagir. Le terme raccourci de « polio » est généralement plus évocateur, même si il n'apporte pas plus de connaissance générale sur la maladie. Il faut alors ajouter que c'est l'affection dont souffrait le 32^e président des Etats-Unis Franklin Delano Roosevelt, pour visualiser un des grands hommes du XX^e siècle, assis dans son fauteuil roulant en raison des stigmates laissés par l'infection². Quoiqu'il en soit, même si le nom est suggestif et semble représenter une connaissance quelque peu limitée de la maladie, il est certain que la connaissance et les détails la concernant ne sont pas plus épais qu'une feuille de papier. Disparue des pays développés, la polio l'est aussi des consciences et des esprits de leurs populations, et renvoie à une maladie ancienne et périmée à l'instar de la variole. Il n'en demeure pas moins qu'à l'inverse de cette dernière, la poliomyélite continue de sévir aujourd'hui, d'autant plus que son éradication totale est repoussée d'année en année.

Selon le Dictionnaire médicale de l'Académie de médecine, la poliomyélite est « une infection inflammatoire de la substance grise de la moelle épinière »³. Mais le dictionnaire est plus précis en considérant le terme poliomyélite antérieure aiguë, aussi appelée maladie de Heine-Médirin : « maladie infectieuse aiguë, épidémique et contagieuse, provoquée par les poliovirus qui comprennent trois types antigéniques appartenant au genre Entérovirus. ».

Ainsi, la polio est une maladie infectieuse transmissible aiguë causée par un virus dont l'homme est le seul hôte naturel : le poliovirus. C'est un entérovirus appartenant à la famille Picornaviridae. Le poliovirus existe en 3 sérotypes (type 1, type 2 et type 3). Le poliovirus de type 2 a été éradiqué en 1999 et le nombre de cas dus au poliovirus de type 3 a été ramené à son plus bas niveau⁴. C'est une maladie très contagieuse car le virus envahit le système nerveux et peut entraîner une paralysie

1 « La poliomyélite sera-t-elle vaincue par la radiothérapie ? », *Le Petit Journal* (26/12/1930).

2 Même si il est vrai qu'une étude datant de 2003 impute l'état de Roosevelt non pas à la poliomyélite mais au syndrome de Guillan-Barré.

3 Poliomyélite, Dictionnaire Medical de l'Academie de Medecine [en ligne]. Version 2016. Disponible à l'adresse : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=poliomyélite>

4 OMS, Poliomyélite [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/fr/>

totale en quelques heures. Le virus se propage d'une personne à une autre principalement par la voie fécale-orale ou moins fréquemment par le biais d'un véhicule commun (eau ou aliments contaminés, par exemple) et se multiplie dans l'intestin. La fièvre, l'asthénie, les céphalées, les vomissements, la raideur de la nuque et les douleurs dans les membres en sont les premiers symptômes.

La majorité des infections au poliovirus sont bénignes, invisibles et immunisantes, mais lorsque ce dernier envahit le système nerveux, endommageant notamment la corne motrice, il peut entraîner une paralysie. Les muscles volontaires des bras et/ou des jambes sont les plus fréquemment atteints, mais cinq à dix pour cent des malades meurent cependant à cause de la paralysie des muscles respiratoires et/ou de la déglutition. La transmission de ce virus au cours des temps anciens a été suggérée après les études sur les momies égyptiennes, qui ont montré un raccourcissement d'un membre inférieur chez un enfant⁵.

Quelque soit sa dénomination, la poliomyélite sévit encore de nos jours, sous forme endémique dans seulement deux pays : l'Afghanistan et le Pakistan⁶. La maladie recensait en 2015 74 cas⁷. Si actuellement elle frappe moins d'une centaine de cas dans le monde, c'est grâce à l'action de plusieurs programmes mondiaux. Le premier date de 1974 et se nomme le Programme Elargi de Vaccination (PEV). À cette époque, on comptait 500 000 nouveaux cas de polio partout dans le monde. En 1988, le PEV portait ses fruits car de 500 000 cas nous étions passés à 350 000. À partir de cette date, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décida de lancer un vaste programme planétaire avec pour objectif d'éradiquer complètement la poliomyélite : il s'agit de l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite (IMEP). Même si le résultat n'est pas encore atteint puisque la poliomyélite prolifère encore au sein de certains pays, il n'en reste pas moins que l'initiative mondiale a été positive puisque le nombre de cas de polio a diminué de plus de 99 % depuis son lancement⁸. De plus, les souches sauvages de sérotype 2 ne circulent plus depuis 1999 et, depuis novembre 2012, aucun cas de souche sauvage sérotype 3 n'a été rapporté. Ainsi seules celles de type 1 seraient encore en circulation⁹. En Europe le dernier cas date de 2002 et aux Etats-Unis de 1994.¹⁰

5 BAICUS (Anda), « History of polio vaccination », World Journal of Virology; vol 1 (2012), p. 108-114.

6 Le Nigéria a été rayé de la liste de l'OMS en 2015

7 OMS, Poliomyélite [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/fr/>

8 OMS, Poliomyélite [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/fr/>

9 Institut Pasteur, Poliomyélite [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/poliomyelite>

10 Ibid.

Commençons par le début. Etymologiquement, le nom poliomyélite vient du grec polios signifiant «gris» et de myélos pour «moelle épinière». Cette dénomination est due aux médecins Duchenne et Charcot qui ont localisé l'atrophie dans les cornes antérieures de la matière grise rachidienne. Cette constatation a donné lieu au terme pathologique de « poliomyélite »¹¹. La maladie est connue sous une variété d'autres noms tels que la poliomyélite antérieure aiguë, la poliomyélite épidémique, la paralysie spinale aiguë, la paralysie aiguë de la colonne vertébrale, la paralysie essentielle, la maladie de Heine-Medin, et par plusieurs autres termes. Le terme de paralysie infantile, utilisé pour la première fois par Heine, est assez obscure, car la maladie ne se produit pas exclusivement chez les enfants et nourrissons, touchant aussi des adultes dans la force de l'âge¹², ce que nous analyserons en détail dans le but de prouver ou non ce postulat.

Comme d'autres maladies (notamment la rougeole), la poliomyélite n'est pas une nouveauté contemporaine mais trouverait ses origines il y a des millénaires. La plus ancienne victime connue de poliomyélite serait Roma le Gardien, prêtre dévoué à la déesse Astarté dont la stèle conservée au musée Glyptotek de Copenhague date du XVIe – XIIIe siècle avant J.-C¹³. L'historien John Paul a trouvé dans la collection hippocratique des descriptions de paralysie qui pourraient se rapporter à la polio et estime qu'elle fut endémique durant toute l'Antiquité gréco-romaine. Plus proche de nous temporellement parlant, nous trouvons des marques de son passage dans des peintures flamandes du XVIe siècle, dans un tableau de Bruegel l'Ancien le Combat de Carnaval et de Carême (1559). Le premier personnage marche sur une béquille en bois et a une jambe estropiée alors que le second se déplace allongé en utilisant ses mains, soutenues par des attelles car ses jambes sont rétractées derrière lui dans une position caractéristique de la maladie. Quoi qu'il en soit, la polio passe relativement inaperçue pendant des siècles ou des maladies et épidémies comme la famine, la peste ou la variole décimèrent des pans entiers de la population. La première victime connue de la polio fut le jeune Walter Scott, romancier à succès avec son célèbre héros Ivanhoé. En 1772 il contracta la maladie qui fut alors confondue avec une fièvre, en guérit, mais resta infirme d'une jambe¹⁴.

La première description de la maladie a été donnée par Michael Underwood en 1789 dans la deuxième édition d'un Traité sur les maladies des enfants. Il décrit la maladie comme « la débilité des membres inférieurs chez les enfants »¹⁵. Il n'a enregistré aucune référence aux épidémies de cette maladie. Ce n'est qu'en 1840 que les symptômes cliniques ont été clairement décrits et que la

11 BAICUS (Anda) . « History of polio vaccination », *World Journal of Virology*; vol 1 (2012), p. 108-114.

12 DUTIL (A), CHARCOT (J.-B), *Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique*, Paris, Felix Alcan, 1894.

13 Bernard Seytre et Mary Shaffer, *Histoire de l'éradication de la poliomyélite*, Paris, PUF, 2004, p 39.

14 Ibid, p. 40.

15 DUNN (Peter), « Michael Underwood, MD (1737–1820) : physician-accoucheur of London », *Arch Dis Child Fetal Neonatal* n°91 (2006), p. 150-152.

polio s'est différenciée de certaines autres maladies. Cette description a été écrite par Jacob von Heine. Heine a étudié les dossiers d'un grand nombre d'enfants souffrant de paralysie et a séparé un groupe dans lequel la paralysie était distinctement flasque (dans le caractère) avec l'atrophie distincte, la paralysie étant d'origine spinal. Depuis cette époque de nombreuses épidémies de cette maladie ont eu lieu et ont été décrites par divers auteurs. Les méthodes de diagnostic ont été perfectionnées et une connaissance plus exacte a été accumulée en ce qui concerne ses diverses formes.

Kennedy, en 1850, a enquêté sur un grand nombre de cas de «paralysie temporaire» survenus en Angleterre. Il semble y avoir eu une question pour savoir si ces cas étaient dus aux mêmes causes que celles décrites par Heine. Suite à ce premier travail, peu de nouvelles données ont été apportées par les chercheurs de la poliomyélite jusqu'à 1890. Entre temps, Duchenne et Erb avaient fait quelques observations relatives aux réactions faradiques des muscles et Erb avait également formulé sa théorie de la «réaction de dégénérescence» basée sur des études de cas. Plus tard, Striimpell a fait des enquêtes approfondies qui ont indiqué qu'un groupe de céphalées-paralysies devrait être inclus dans le groupe avec des paralysies spinales. Quelque temps plus tard, en 1890, Medin fit des études assez élargies pendant la survenue d'une épidémie étendue de cette maladie en Suède. Au cours de cette épidémie, il a pu classer différents types de poliomyélite aiguë et établir certaines relations entre eux. Cet observateur fut probablement le premier à décrire le stade aigu de la maladie, si distinctement caractéristique. En 1905 Wickman fit de vastes études histologiques et décrit également la forme cérébrale de la maladie et les types avortés. Il établit alors le caractère contagieux de l'infection.

La poliomyélite est un sujet faisant partie de la grande famille de l'histoire de la santé, plus spécifiquement l'histoire des épidémies. À ce titre, nous avons consulté dans un premier temps des ouvrages généraux comme l'ouvrage de Stéphane Frioux, *Hygiène et santé en Europe, de la fin du XVIIIe siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*¹⁶ ou celui de Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*¹⁷. Puis, après cette contextualisation générale, nous avons accentué nos lectures vers la spécialisation épidémique. Dans ce domaine, plusieurs auteurs français sont réputés pour leurs travaux, tel Patrice Bourdelais, Bernard Paillard ou encore Anne-Marie Moulin, véritable spécialiste de l'histoire de la vaccination. Autre universitaire que nous avons lu est Jean-Pierre Bardet. Dans son livre *Peur et terreur face à*

16 FRIOUX (Stéphane), FOURNIER (Patrick), CHAUVEAU (sophie), *Hygiène et santé en Europe, de la fin du XVIIIe siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Domont, Sedes, 2012, 279 p.

17 VIGARELLO (George), *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Lonrai, Seuil, 2014, 288 p.

*la contagion*¹⁸, il s'adonne à la restitution de l'émotion, des sensibilités et de la peur de la population face à la menace épidémique. Car, s'il y a bien une réaction que l'épidémie produit c'est bien la peur, et la poliomyélite comme toute autre épidémie provoque ce sentiment également.

A travers ces lectures, nous nous sommes aperçus qu'il n'existait pas d'ouvrage sur notre objet d'étude. Mis à part un chapitre consacré à la course à la vaccination antipoliomyélitique dans la première moitié du XXe siècle aux Etats-Unis dans le livre d'Anne-Marie Moulin, *L'aventure des vaccins*¹⁹, l'historiographie française ne s'est pas réellement intéressée à la poliomyélite. Pour trouver des ouvrages lui étant consacrés, il faut traverser l'Atlantique et s'intéresser aux travaux des universitaires américains. Sans être pléthorique à l'instar de la peste ou de la grippe, l'historiographie américaine concernant la poliomyélite est plutôt de bonne facture, avec plusieurs ouvrages se souciant de la maladie sous différents angles et méthodes. A ce titre, nous pouvons citer deux ouvrages d'historiens américains : *Polio, A american story* de David Oshinky et *The Last Children Plague* de Richard J. Altenbaugh. Le premier ouvrage concerne le développement de la maladie aux Etats-Unis et les moyens mis en œuvre pour la contrer. L'auteur a choisi de prendre le point de vue des chercheurs pour écrire son étude. La majeure partie de son œuvre concerne la recherche vaccinale et la rivalité entre Joans Salk et Albert Sabin. À l'inverse, le livre de Richard J. Altenbaugh se centre sur les victimes, qui sont en majorité des enfants, pour cerner toutes les conséquences qu'entraînent la contraction de la poliomyélite. Ce livre est, méthodiquement parlant, assez proche de celui de Bardet, avec cette recherche de l'émotionnelle et du ressenti. Quoiqu'il en soit c'est un ouvrage important pour nous car il permet une humanisation des malades, et donne des détails capitaux via les témoignages d'anciennes victimes. A côté de ces travaux américains, des historiens comme le suédois Per Axelsson²⁰ et des médecins comme la roumaine Anda Baicus²¹ ont réalisé des articles sur l'histoire de la poliomyélite et de sa vaccination. Il est à noter que les travaux d'actualité sur la maladie sont le travail de spécialistes (soit en histoire soit en médecine) étrangers.

Au regard de ces éléments historiographiques, nous pouvons distinguer que la poliomyélite bénéficie de travaux nombreux et diversifiés mais qu'ils sont en quasi exclusivité le fruit d'auteurs étrangers, notamment d'historiens américains travaillant sur leur territoire national. En France, la maladie ne s'avère pas être une priorité de recherche, ce qui laisse tout un pan historique à étudier. Par conséquent, en se concentrant sur un territoire géographique donné, la France, l'ambition que

18 BARDET (Jean-Pierre, sous la dir.), *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988, 442 p.

19 MOULIN (Anne-Marie), *L'aventure des vaccins*, Paris, Fayard, 1996, 498 p.

20 AXELSSON (Per), « Do not those apples, they've been ont the ground !: Polio epidemics and preventive measures, Sweden 1880's-1940's », *Asclepio*, vol 61, n°1 (2009), p. 23-38.

21 BAICUS (Anda) . « History of polio vaccination », *World Journal of Virology*; vol 1 (2012), p. 108-114.

s'est fixée ce travail de recherche est de s'intéresser de près à cette infection et à tous ses aspects, sur l'ensemble du territoire français, en fixant les bornes chronologiques à la première moitié du XXe siècle, soit la période 1900/1950.

Les sources sur lesquelles sont basées notre travail peuvent être divisées en deux catégories : d'un côté, les traités, essais, et thèses de médecins et spécialistes du monde médical. Ces opuscules sont des ressources essentielles pour appréhender la maladie sous sa forme clinique, c'est à dire son mode de contagion et de propagation, les symptômes qu'elle engendre, sa durée, etc... Certains de ces ouvrages sont colossaux et fournissent des détails très précis, comme celui de Louis Tinel-Giry²² dépassant les 300 pages ! De plus, la plupart de ces ouvrages ne sont pas le fruit de réflexions dues à des études expérimentales²³, mais de l'observation d'épidémie où l'auteur restituait ses analyses, constations et autres détails. Par conséquent, l'étude de ces travaux, mais surtout leur comparaison et leur confrontation, est une étape indispensable à la rédaction de ce mémoire.

L'autre partie de nos sources provient de la presse française, plus particulièrement de leurs archives mis à disposition en ligne sur le site Gallica²⁴. Plusieurs catégories s'offraient à nous, à savoir : **Les principaux quotidiens** ; **Presse par thématiques** ; **Presse locale et régionale** ; Presse par pays ou zone géographique ; Journaux de tranchées ; Journaux clandestins de la Résistance et les **Revue de sociétés savantes**. Trois voir quatre catégories pouvaient nous intéresser²⁵, et nous avons choisi de commencer par la presse quotidienne, ce qui nous paraissait logique. Dans cette catégorie se trouvaient 42 quotidiens listés par ordre alphabétique, et sur ces 42 journaux, 23 recelaient des articles sur la maladie. Une fois identifiés, il ne nous restait plus qu'à explorer chaque journal de l'intérieur pour mettre en évidence les numéros et articles concernant la poliomyélite, via la recherche par mot clé²⁶. Une fois la recherche dans la presse quotidienne effectuée, nous avons fait de même avec la presse locale et régionale. Ici, le nombre de journaux était bien plus grand car il en existait une myriade par département. Paradoxalement, cette recherche s'est avérée infructueuse car malgré leur multitude, il ne recelait quasiment aucune information sur la poliomyélite.

Cette recherche fut longue, difficile et fastidieuse, c'est pourquoi nous avons eu l'idée de construire un tableau récapitulant par journaux et par année les articles mentionnant la poliomyélite. Ce tableau se trouve en *Annexe 1* et s'intitule *Les mentions de la poliomyélite dans les journaux*

22 TINEL-GIRY (Louise), *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médir)*, Paris, Alfred Leclerc, 1911.

23 Même si elles existent et sont aussi très enrichissantes.

24 Gallica, 2016. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/>

25 Celles en gras.

26 Avec soit poliomyélite ou paralysie infantile.

*français pour la période 1900/1950*²⁷. Cet outil est pour notre étude très important car il nous permet d'une part de quantifier nos sources avec une certaine précision, et d'autre part, de servir de base de travail pour réaliser d'autres outils dont nous reparlerons en détail un peu plus loin. Au total, nous avons répertorié 30 journaux, 23 grands quotidiens et sept journaux régionaux, qui contiennent 913 articles consacrés à la poliomyélite. Au demeurant, ce tableau nous a permis de mettre en lumière les années où la maladie a été particulièrement active, avec notamment l'année 1930 où 300 articles ont porté sur elle, mais également des années de disette où aucun cas n'a été répertorié, ou en tout cas, n'ont pas été rapporté au sein des lignes de presse. Cette année 1930 sera au centre de notre étude car une épidémie conséquente s'est produite dans l'est de la France dont les répercussions ont été considérables. À partir de là nous avons voulu développer ces constats et chercher les raisons de ces différences notables.

Mais ce tableau ne tient pas compte des différences géographiques des manifestations de la poliomyélite. C'est pourquoi nous avons réalisé un autre tableau²⁸, classifiant la maladie selon l'année mais également sa provenance. Cet outil contient six colonnes regroupant de gauche à droite : l'année ; le pays ; la région ou le département ; la ville ; le nombre de cas ; le nombre de morts. Par ce procédé, nous avons pu établir qu'il y avait eu 17 années recensées dans la presse pour toute la période 1900/1950, en regroupant celles apparues en France et celles apparues à l'étranger où des épidémies de poliomyélite sont apparues. Pour réaliser cet inventaire, nous avons étudié par journal et par année tous les articles et ainsi, regroupé les articles concomitant pour arriver à ce résultat final. Bien entendu, cela ne signifie pas que toutes les manifestations de poliomyélite sont présentes car les journaux n'ont pas l'obligation de présenter chaque épidémie, de toute nature qu'elles soient. Avec ce tableau, nous avons là un aperçu global des épidémies de poliomyélite nous permettant de les étudier, de les décrire et de les analyser à la fois temporellement mais également chronologiquement.

Concernant nos autres sources, nous avons rapidement laissé de côté la *Presse par thématiques* et les *Revue de sociétés savantes* car les informations étaient certes en nombre mais nous nous serions perdu dans un flot d'informations beaucoup trop médicales, et le but de ce travail n'est pas de compiler les différentes études sur la poliomyélite. À la place, nous nous sommes intéressés aux différents périodiques disponibles en ligne sur le site de la Bibliothèque Inter-universitaire de la santé²⁹, en procédant encore une fois par mots clés et en repérant les articles les

27 Cf. Tableau 1, p. 109.

28 Cf. Tableau 2, p. 110.

29 Bibliothèque inter-universitaire de santé, 2016. Disponible sur : www.biusante.parisdescartes.fr/

plus profitables à notre recherche. Pour donner un exemple, c'est avec ces sources que nous avons pris connaissance d'un certain nombre d'épidémies de poliomyélite en Europe à travers des comptes rendus d'études de chercheurs étrangers retranscrits dans les pages des différents périodiques.

Prolifiques quantitativement, les sources de la presse française nous offrent un panel d'informations sur la poliomyélite, que nous pouvons traiter sous les angles de la statistique, de la chronologie et de la géographie. Les traités et autres études médicales comportent quant à eux une myriade d'informations, de descriptions et de détails relatifs à l'aspect médical de la maladie. Finalement, nos sources se trouvent être complémentaires et permettent une analyse globale de la poliomyélite dans le pays de Descartes.

Afin de concevoir la poliomyélite sous tous ses aspects, nous avons choisi d'opter pour un plan thématique en trois parties, tout en essayant de garder une certaine ligne chronologique au sein de notre organisation structurelle. Dans notre première partie, nous commencerons par disséquer la maladie sur le plan médical. En d'autres termes, nous étudierons et analyserons toutes les particularités de la poliomyélite, c'est-à-dire de quelle façon celle-ci pénètre le corps humain, son développement dans le temps, ainsi que son origine et les conséquences qu'elle entraîne parmi la société française. Pour nous aider dans notre tâche, nous nous appuierons sur les divers traités et essais des auteurs médicaux, en les comparant mais pas seulement car les articles de presse sont une excellente pépinière de renseignements lorsqu'il s'agit de déterminer le ressenti de la population.

La deuxième partie de notre travail sera consacrée aux manifestations et au développement de la poliomyélite sur le territoire français, mais également sur des terres étrangères. En effet, comme n'importe quelle infection, la poliomyélite ne se limite pas à un fief en particulier, mais migre et s'agrandit en n'importe quel lieu. Notre trame de travail sera essentiellement géographique puisque nous débiterons par une région, puis par un pays pour terminer par la planète entière. De la petite échelle à la grande en somme. Cette partie sera essentiellement construite autour de nos découvertes journalistiques, par le biais des informations et des chiffres qu'ils nous livrent, mais pas seulement puisque les dates permettent de définir une chronologie du *modus operandi* de la maladie, et par conséquent de le comprendre, ou du moins, de l'appréhender. Nous utiliserons également des digrammes et schémas statistiques issus encore une fois de notre source principal afin de suivre la diffusion dans la presse ces différentes manifestations poliomyelitiques et de poser les conclusions qui s'imposent.

Enfin la troisième et dernière partie traitera des dispositifs mis en place pour lutter et contrer la maladie. En effet, comme toute épidémie, les instances gouvernementales et médicales ne peuvent pas laisser la poliomyélite se répandre impudemment dans les différentes parties du territoire national sans réagir. C'est pourquoi, il est évident que des « armes » ont été conçues dans le but d'enrayer, voir de détruire, ce fléau. Comme souvent, ces « armes » sont de deux sortes : législatives et médicales. Le champ législatif sert à poser le cadre institutionnel des règles à appliquer et le champ médical doit apporter les découvertes scientifiques à même d'étouffer la maladie. Pour satisfaire nos intentions, nous nous baserons sur nos deux types de sources car elles nous offrent toutes les deux des renseignements sur ces procédés différents dans la forme, mais complémentaires dans la pratique.

PREMIÈRE PARTIE : LA CARTE D'IDENTITÉ DE **LA POLIOMYÉLITE**

« La poliomyélite est une maladie dont nous ne savons encore que fort peu de chose. Nous ignorons son agent de transmission et nous redoutons sa rapidité d'évolution. » Cette citation datant de 1938 est révélatrice des avancées de la recherche scientifique sur la compréhension globale de la poliomyélite. En effet, aussi ancienne soit cette maladie, aussi nombreux soient les chercheurs qui ont travaillé dessus, il n'en demeure pas moins que de grandes zones d'ombre l'entourent encore. Beaucoup d'hypothèses ont été formulées, beaucoup de réponses ont été apportées mais, approchant pratiquement le milieu du XXe siècle, il est évident que la poliomyélite n'a pas dévoilé tous ses secrets et spécificités.

C'est pourquoi il est important et nécessaire dans cette première partie de détailler les différentes découvertes scientifiques et médicales afin de dégager la carte d'identité de la poliomyélite à la fin de la première moitié du XXe siècle. Pour cela, nous commencerons par déterminer sa description clinique, soit le chemin qu'elle emprunte pour s'insinuer dans l'organisme humain et s'y développer (chapitre I). Puis, nous chercherons ses modalités de contamination et de contagion (chapitre II) avant de conclure par sa répercussion à la fois dans les journaux mais également sur ses victimes (chapitre III).

Chapitre Premier – La description clinique de la maladie

Dans ce premier chapitre nous allons voir en détail le mode de propagation de la maladie dans l'organisme, c'est-à-dire les voies de pénétration dans le corps humain (1), en passant par les périodes d'incubation et d'invasion (2), puis par les symptômes (3) avant de finir par la paralysie (4). Ce schéma est typique des épidémies et nous allons chercher en quoi il est singulier à la poliomyélite.

1. Les voies de pénétration

Comme nous l'avons vu en introduction, la poliomyélite est due à l'infection par un microbe spécifique des cornes antérieures de la moelle épinière. Mais la voie d'accès dans l'organisme a mis des années à être identifiée, même si le milieu scientifique soupçonnait déjà la voie buccale. Les chercheurs pensaient que la porte d'entrée du microbe semblait être le rhino-pharynx, mais ils ignoraient à peu près tout du mode de propagation par lequel le mal chemine d'un individu à un autre³⁰. Pour étayer leurs hypothèses, les expériences sur le singe étaient le meilleur moyen de les valider ou non. Levaditi et Landsteiner³¹ avait recherché si le virus avait la possibilité de pénétrer par les muqueuses du nez et de la gorge. Un chimpanzé fut badigeonné dans les narines et le fond de la gorge avec une émulsion nerveuse virulente pour observer si oui ou non le virus transperçait. 42 jours après l'infection, l'animal ne présentait aucun trouble apparent. Par conséquent, cette entrée dans l'organisme paraissait être impropre à la transmission du virus de la poliomyélite³². Malgré cet échec, cette conception classique, dite voie directe naso-pharyngée, est restée dans les mœurs scientifiques un certain nombre d'années³³.

De plus, le chemin parcouru par l'agent infectieux d'une famille à une autre, d'un milieu à un autre était très compliqué à suivre et à déterminer, étant donné qu'il était assez rare de voir deux cas éclater à l'intérieur de la même famille. La maladie ne s'avérait donc pas contagieuse au même titre que la rougeole ou la diphtérie, par exemple. Ce qui semblait probable était que parmi tous ceux qui furent exposés au contact de l'agent de la poliomyélite, la grande majorité devait être réfractaire à cette infection car seul un petit nombre tombait malade, certainement à cause d'une lacune du système immunitaire, par ailleurs inexplicée³⁴.

30 Louise Tinel-Giry, *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médir)*, Paris, Alfred Leclerc, 1911, p. 139.

31 Constantin Levaditi, K. Landsteiner, « La poliomyélite expérimentale », *Compte-rendu des séances de la Société de Biologie*, n°68 (1910), p. 311.

32 Ibid., p. 311.

33 Dr. Paul Voivenel, « L'épidémie du moment : la poliomyélite », *Comoedia* (12/11/1930).

34 Dr. Weill-Raynal, « Les propos du Docteur », *Le Populaire* (10/08/1930).

Il faut attendre 1943 pour distinguer la reconnaissance d'une seconde conception, indirecte cette fois, de la transmission du virus. Cette théorie plus moderne l'invoque par voie digestive. Elle s'appuie sur la constatation du virus dans les selles du malade. Les observations dans les selles du singe du virus mises en évidence par des expériences démontrent même des quantités largement plus grandes que celles trouvées dans le rhino-pharynx³⁵. Les matières fécales des sujets infectés sont virulentes et peuvent demeurer longtemps après la guérison clinique puisqu'elle s'étaleraient de 25 à 123 jours après le début de la maladie³⁶.

Cette confirmation de la voie indirecte est due aux travaux de Kling, Levaditi et Lépine³⁷ datant de 1930, qui avaient déjà envisagé cette possibilité. À la suite de leurs études, divers auteurs et chercheurs ont poursuivi sur ce sentier pour arriver à la conclusion suivante : la voie nasale, conception classique, n'est pas la voie de pénétration exclusive du virus de la poliomyélite dans l'organisme, ce qui induit par conséquent, que la protection seule de la muqueuse nasale ne constitue pas un moyen prophylactique certain.

2. Les périodes d'incubation et d'invasion

Ces deux périodes sont indissociables et caractéristiques d'une maladie transmissible. La poliomyélite, en tant que maladie épidémique, ne diffère pas de ce schéma.

L'Incubation

La période d'incubation est la période de latence entre le moment de la contamination et les premières manifestations d'une maladie infectieuse³⁸. Concernant la poliomyélite, elle varie selon les études des différents chercheurs, mais également selon le sujet étudié. L'intervalle entre l'entrée du « médullovirus » dans l'organisme et la date d'apparition des premiers symptômes que provoque sa présence, n'est pas fixé d'une façon certaine. En effet, des expériences et des analyses ont été menées à la fois sur des singes et des hommes pour déterminer avec exactitude ce délai. Chez les singes, cette période varie de six à 20 jours³⁹. Au 11^e jour, on observe une paralysie et des lésions bulbo-médullaires typiques. Le même constat est fait par le Dr. Louise Tinel-Giry : l'incubation

35 René Sudre, « A l'Académie de Médecine », Le Journal (03/12/1930).

36 Jean-Constantin Levaditi, Pierre Lépine, « A propos de la prophylaxie de la poliomyélite par une méthode de pulvérisations nasales », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°43 (1943), p. 277.

37 H. Cambessedes, J. Pignot, J. Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aiguë », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 82.

38 Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine [en ligne]. Version 2016. Disponible à l'adresse : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Incubation>.

39 Constantin Levaditi, K Landsteiner, « La poliomyélite expérimentale », art. cit, p. 312.

variant alors entre trois, cinq, dix-neuf, vingt et même vingt et un jours⁴⁰. Cette durée semble augmenter lorsque s'atténue le virus ; ce fait expérimental concorde avec l'observation clinique d'une incubation très rapide et d'une phase pré-paralytique très courte ou même absente, dans les formes graves progressives et généralisées.

Concernant les hommes, seuls les cas de contagion ont permis de connaître la durée de l'incubation. Dans les travaux que nous avons étudiés, la durée de l'incubation est essentiellement variable selon l'auteur et ses observations menées : avec Louise Tinel-Giry, cette période semblait être de deux et de trois jours⁴¹. Cordier relatait des incubations allant de dix heures et de trente-six heures⁴². Dans le cas de Béclère, l'incubation aurait été de cinq jours⁴³. Ces quelques cas montrent bien une grande variabilité dans la durée probable de l'incubation. La même impression résulte des recherches des auteurs étrangers : Landgren estime à huit ou dix jours, pour Wollenweber de deux, sept et quatorze jours ; Muller l'évalue entre cinq et huit jours, Eichelberg entre dix et onze⁴⁴.

C'est certainement Wickman qui a dans un tableau analysé le mieux cette période d'incubation en notant l'intervalle de temps qui sépare le début de deux cas dans les familles où plusieurs personnes furent atteintes successivement :

| Nombre de jours écoulés | dans | Nombre de cas |
|-------------------------|------|---------------|
| 0 | — | 12 |
| 1 | — | 22 |
| 2 | — | 15 |
| 3 | — | 14 |
| 4 | — | 11 |
| 5 | — | 7 |
| 6 | — | 9 |
| 7 | — | 7 |
| 8 | — | 5 |
| 9 | — | 5 |
| 10 | — | 5 |
| 11 | — | 1 |
| 12 | — | 2 |
| 13 | — | 2 |
| 14 | — | 3 |
| 15 | — | 1 |
| 16 | — | 1 |
| 17 | — | 1 |
| 18 | — | 1 |
| 20 | — | 1 |
| 22 | — | 1 |
| 27 | — | 1 |

40 Louise Tinel-Giry, *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médir)*, ouv. cit, p. 148.

41 Ibid.,

42 George Schreiber, *La poliomyélite épidémique*, Paris, G. Steinheil, 1911, p. 118.

43 « La paralysie infantile », *Le Matin* (24/08/1916).

44 Anda Baicus, « *History of polio vaccination* », *World Journal of Virology*; vol 1 (2012), p. 109.

Ce tableau montre que la période d'incubation dure habituellement de 1 à 4 jours, mais peut être plus longue. Sur les 136 cas recensés, la période d'incubation a duré entre zéro et quatre jours pour 74 d'entre eux, soit plus de la moitié. Il est à noter que certains auteurs objectent au procédé employé par Wickman de n'être pas rigoureux, pour la raison que deux frères pouvaient s'être infectés à la même source humaine et ne pas s'être contaminés l'un l'autre. Quoiqu'il en soit, la durée d'incubation semble avoir été déterminée entre 10 et 14 jours si l'on se réfère à la fois aux données expérimentales et aux observations faites lors de manifestation de poliomyélite.

L'Invasion

En infectiologie, phase initiale d'une maladie infectieuse succédant à la phase d'incubation, correspondant à la survenue des premiers symptômes et précédant la phase d'état⁴⁵. En général, cette phase est de courte durée mais constitue le moment de contagiosité maximum de la maladie. Concernant la poliomyélite, cette période est parfois nommée période pré-paralytique car il est difficile de considérer comme caractéristiques les symptômes qui se manifestent, et vient après la paralysie. Cette période dure plus ou moins longtemps, de deux à huit jours, voir jusqu'à 15 jours pour certains cas⁴⁶. Mais cette période d'invasion présente un intérêt majeur du point de vue clinique car en décelant une forme de répétition dans son apparition, la poliomyélite serait diagnostiquée plus tôt. Alors, il faut se soucier des symptômes qui apparaissent lorsque la phase d'invasion démarre.

3. Les symptômes

Un des problème les plus importants de la maladie est son manque de visibilité lors de la contamination. En effet la poliomyélite ne dispose pas de symptômes spécifiques qui permettent d'identifier rapidement le mal dont est atteint la victime. Au commencement de l'infection, une multitude de symptômes aussi divers que banals peuvent survenir, compliquant le diagnostic du personnel de santé. Sans être exhaustive, nous avons voulu donner une liste détaillée de tous les symptômes que nous avons décelés au sein des études médicales effectuées sur la maladie

45 Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine [en ligne]. Version 2016. Disponible à l'adresse :<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Invasion>.

46 Louise Tinel-Giry, *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médin)*, ouv. cit, p. 152.

Signes Généraux

La fièvre au début de l'infection est presque de toujours constatée⁴⁷. Elle débute parfois par un frisson mais ce fait est exceptionnel. Elle atteint rapidement 38° ou 39°, voir 40°. Au bout de quelques jours la température redevient normale, soit de manière progressive soit après avoir subi de fortes oscillations⁴⁸.

Le pouls est généralement proportionnel à la température. Il y a une corrélation entre un pouls rapide et une température élevée⁴⁹. Lorsque c'est le cas, on peut penser à une atteinte du bulbe rachidien. La somnolence se rencontre souvent dans des cas particulièrement graves. La victime paraît alors profondément absorbée, ne parle plus ou plutôt n'arrive plus à parler car elle ne comprend pas ce qu'on lui dit. Ce contraste entre la torpeur du sujet et la conservation des facultés psychiques est frappante⁵⁰.

Troubles gastro-intestinaux

Ces affections sont variables selon l'épidémie, le lieu et l'époque. Les vomissements sont très fréquents, habituellement peu intenses et de courte durée. Les troubles intestinaux ne sont pas rares et se manifestent plus souvent par une diarrhée contenant des selles verdâtres et liquides⁵¹. À l'inverse, des cas de constipation ont également été observés sur des malades. Là encore, ces symptômes ne sont pas spécifiques car la maladie fait plus penser à une simple gastro-entérite.

Troubles nerveux

La plupart du temps, les victimes de la poliomyélite ressentent des phénomènes nerveux banals comme de simples céphalées ou des douleurs de la nuque qui s'observent fréquemment au début de l'infection avec quelquefois une raideur des cervicales et des vertèbres.⁵² Le problème de ces symptômes est qu'il sont le plus souvent rattachés à une autre pathologie : la méningite. Ainsi il est arrivé fréquemment que des poliomyélites soient prises pour des méningites⁵³ et que le traitement de

47 « Les épidémies de paralysie infantile », *Le Journal des Débats* (06/07/11).

48 Notes pour l'Internat, « Poliomyélite Antérieure Aigüe », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, tome 116, n°10 (1943), p. 158.

49 « Les précautions pour enrayer l'épidémie de poliomyélite ou paralysie infantile », *Le Matin* (05/08/1930).

50 « Faut-il craindre la poliomyélite ? », *Le Matin* (07/02/1931).

51 Notes pour l'Internat, « Poliomyélite Antérieure Aigüe », art ; cit, p. 158.

52 Dr. Henri Bouquet, « La poliomyélite », *Le Temps* (21/08/1930).

53 Dr. Weill-Raynal, « Les propos du Docteur », *Le Populaire* (10/08/1930).

cette dernière soit utilisé, compromettant le pronostic vital du patient traité pour une pathologie qu'il n'a pas.

Le signe nerveux qui a toute son importance est l'hyperesthésie, c'est-à-dire la sensibilité exacerbée de certain sens. C'est Wickman⁵⁴ le premier qui aurait détecté ce symptôme. L'hyperesthésie serait d'autant plus marqué que la victime est jeune. Le seul fait de la toucher provoque des cris violents et sa sensibilité est tellement accrue qu'il lui arrive de pousser des cris dès qu'il voit quelqu'un approcher de son lit. Malgré le fait que l'on retrouve cette particularité chez les jeunes, cela ne signifie pas qu'elle ne soit pas fréquente chez les victimes plus âgées. Nous pouvons également noter que des convulsions se produisent ainsi que des délires, même si ces phénomènes sont relativement rares et peu intenses⁵⁵.

Troubles urinaires

Quelques auteurs, dont un certain Pierre Marie⁵⁶, ont remarqué une incontinence du patient notamment lors de la phase d'invasion. Cette incontinence durait plusieurs jours nécessitant alors le cathétérisme mais elle disparaîtrait lors de l'apparition des paralysies qui semblent ne pas toucher la vessie. Parfois on constate d'abord de l'incontinence, puis de la rétention d'eau ou inversement. Quoiqu'il en soit, l'apparition de ces symptômes ne suffit pas pour poser un diagnostic certain.

Troubles respiratoires

Généralement les troubles respiratoires se manifestent une fois la paralysie commencée⁵⁷, lorsqu'elle atteint les organes respiratoires comme les poumons. Mais il arrive parfois que ces voies soient atteintes au début de la maladie, lors de la période d'invasion.

Troubles cutanés

Plusieurs exanthèmes cutanés ont été observés sur des victimes de la poliomyélite par divers auteurs, comme l'herpès⁵⁸.

54 Louise Tinel-Giry, La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médir), ouv. cit, p. 157.

55 Ibid, p. 158.

56 Victor Carain, « Chronique médicale : poliomyélite », *La Croix* (14/12/1943).

57 « L'épidémie du moment : la poliomyélite », *Comoedia* (12/11/1930).

58 « La paralysie infantile », *XIXe Siècle* (27/06/1910).

De tous les symptômes les plus importants semblent être la fièvre, les troubles gastro-intestinaux et les maux de tête. Mais ils ne se retrouvent pas habituellement au complet sur une victime, et surtout ne permettent pas de diagnostiquer une poliomyélite car aucun d'entre eux n'est pathognomonique. C'est une fois que la paralysie apparaît que la maladie est rapidement confondue.

4. La paralysie

Comme pour les symptômes, la description des paralysies a été faite plusieurs fois selon plusieurs chercheurs. Après avoir lu et comparé plusieurs études, nous avons essayé de restituer les séquelles globales que provoque la maladie. Après une période pré-paralytique, qui est celle des symptômes, la poliomyélite s'insinue dans l'organisme et c'est à partir de là que le pire commence.

L'installation de la paralysie

Dans la plupart des cas, elle s'installe d'une manière à la fois insidieuse et rapide car rien ne préparait l'invasion. Lorsqu'on la constate, elle a accompli d'emblée en quelques heures tout son effet atteignant un ou plusieurs membres d'une façon globale et ne progressant guère ensuite⁵⁹. En effet, il est rare que l'invasion soit lente et progressive malgré l'observation de quelques cas d'enfants ayant tout d'abord éprouvé pendant quelques jours de la faiblesse dans le membre atteint plus tard par la paralysie. Cette progression paraît plus fréquente à la fois dans les formes ascendantes, formes qui sont très graves⁶⁰. Quant à la douleur, elle est un signe précurseur immédiat de la paralysie et peut se prolonger quelquefois pendant plusieurs heures, ou plus rarement pendant quelques jours. Mais, presque toujours la douleur disparaît pour laisser place à la paralysie⁶¹.

Le caractère de la paralysie

Ce qui est frappant est le caractère flasque de la paralysie avec une diminution de l'élasticité des muscles qui donnent aux membres, et plus particulièrement à la main lorsque le bras est atteint, une impression de mollesse et d'instabilité. On observe fréquemment un certain refroidissement du membre, beaucoup plus marqué aux extrémités avec même quelquefois de l'œdème⁶². Puis, l'atrophie survient, foudroyante et importante, avec une réaction de dégénérescence. Ces réactions

59 « La poliomyélite est-elle guérissable ? », *Le Matin* (02/01/1923).

60 Notes pour l'Internat, « Poliomyélite Antérieure Aigüe », art. Cit, p. 158.

61 Dr. Henri Bouquet, « La poliomyélite », *Le Temps* (21/08/1930).

62 « La paralysie infantile », *La Croix* (29/12/1940).

de dégénérescence apparaissent dès la période d'état, c'est à dire au bout de quelques jours de paralysie, bien avant que l'atrophie musculaire soit appréciable⁶³. Cependant, cette constatation ne suffit pas à caractériser la gravité de la paralysie car certains muscles peuvent récupérer leurs fonctions presque complètement et garder à peine quelques séquelles.⁶⁴ Il est à noter que ces paralysies ne s'accompagnent quasiment jamais de troubles de la sensibilité.

L'évolution

Après une période stationnaire, allant de quelques jours à plusieurs semaines, la paralysie rentre dans une phase de régression. Celle-ci se fait en général par la limitation graduelle de la paralysie à certains groupes musculaires, qui semblent souvent plus atteints dès le début et ne tardent pas à s'atrophier rapidement⁶⁵. Pourtant, il arrive très souvent que la paralysie s'améliore à la fois sur tous les groupes musculaires qu'elle a frappés. Il s'agit là des cas les plus favorables car lorsque la paralysie doit laisser des traces persistantes, cela limite considérablement la récupération musculaire⁶⁶.

Mais cette paralysie n'est pas définitive. En effet, d'après les études que nous avons observées, les améliorations sont presque toujours supérieures aux prévisions qui ont été faites. La régression continue pendant des mois, pendant des années mêmes, et les divers traitements utilisés sont essentiels et capitaux pour récupérer de la paralysie⁶⁷. Même des formes très graves peuvent guérir sans laisser de traces décelables, ce qui nous indique que la maladie ou plutôt ses conséquences ne sont pas irréversibles⁶⁸. L'atrophie peut elle aussi s'atténuer à la longue et constitue le principal indice de gravité concernant l'atteinte du muscle et de sa paralysie. Mais là encore, cette atrophie n'est pas perpétuelle et de véritables régénérations, tout du moins partielles, sont possibles⁶⁹.

Les parties du corps touchées par la paralysie

La paralysie ne se concentre pas sur une partie spécifique du corps et peut donc s'attaquer à n'importe quel muscle de l'organisme⁷⁰. Cela étend dit, il faut cependant remarquer que le nombre

63 « Paralysie infantile », *Le Radical* (01/06/1910).

64 George Schreiber, *La poliomyélite épidémique*, art. cit, p. 143.

65 Dioscordide, « Comment lutter contre la poliomyélite », *Le Journal* (19/09/1935).

66 Dr. Well-Raynal, « Les propos du Docteur », *Le Populaire* (10/08/1930).

67 Dr. Henri Bouquet, « La poliomyélite », *Le Temps* (21/08/1930).

68 George Schreiber, *La poliomyélite épidémique*, art. cit, p. 148.

69 Dr. Maurice de Fleury, « Que faire pour avoir des singes ? », *Le Populaire* (07/03/1923).

70 Notes pour l'Internat, « Poliomyélite Antérieure Aigüe », art. cit, p. 159.

des paralysies des membres supérieurs est largement plus élevés que sur les autres parties du corps. Dans l'étude menée par Dutil et Charcot⁷¹, le sujet, un homme de 56 ans, a d'abord été atteint aux membres supérieurs, avec une atrophie des bras. Sa main était normale sauf que le pouce présentait une excavation et il n'avait aucune force. Malgré tout, ses membres étaient souples et il pouvait relever la tête seul mais en s'aidant de ses bras.

Concernant les membres inférieurs, la paralysie peut parfois atteindre les muscles postérieurs de la cuisse et les groupes musculaires de la jambe⁷². Presque toujours, la paralysie prédomine sur les muscles antérieurs de la cuisse⁷³ et peut également frapper les orteils. Toujours avec le sujet de Dutil et Charcot, sa paralysie fut descendante et la flexion extension de ses membres inférieurs était normale mais sans aucune énergie. En somme, il pouvait marcher mais avec difficulté⁷⁴.

La paralysie peut également se développer sur les muscles du tronc, et il a été recensé que les muscles de la région lombaire, les abdominaux, les pectoraux et les dorsaux ont pu être atteints à un moment donné par la paralysie⁷⁵. Cependant, ce qui est le plus redouté est l'atteinte des muscles de l'appareil respiratoire⁷⁶. En effet, lorsque le diaphragme est touché, c'est tout le mouvement de la respiration qui est enrayé. Dès lors, la victime ne peut plus respirer et la mort par asphyxie est plus que probable⁷⁷. C'est d'ailleurs de cette façon qu'est décédé le sujet de Dutil et Charcot : une dégénérescence partielle du grand dorsal avait été constatée et une diminution des muscles du rachis, du trapèze et du premier radial. Le 25 novembre 1880 sa respiration était devenue compliquée et le 27 Décembre, soit un peu plus d'un mois plus tard, il décédait⁷⁸.

La particularité de la maladie tient dans le fait qu'elle ne peut se diagnostiquer lors de sa transmission. De même, sa période d'incubation est instable et les symptômes que développent le malade ne révèlent pas spécifiquement de la poliomyélite. Par conséquent, la paralysie des membres est le moment où le constat médical se pose. Malheureusement, à ce stade il est souvent trop tard pour contrecarrer l'infection, déjà ancrée profondément dans l'organisme. Pour éviter le renouvellement de ces circonstances désastreuses, les médecins ont cherché son origine dans le but d'identifier promptement les zones potentielles de risque.

71 A. Dutil, J.-B. Charcot, *Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique*, Paris, Felix Alcan, 1894.

72 « La paralysie infantile », *Le Radical* (27/06/1910).

73 Dioscordide, « Causerie Médicale : la poliomyélite », *Le Journal* (27/10/1943).

74 A. Dutil, J.-B. Charcot, *Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique*, ouv. cit, p. 6.

75 George Schreiber, *La poliomyélite épidémique*, art. cit, p. 147.

76 « La poliomyélite est-elle guérissable ? », *Le Matin* (02/01/1923).

77 « La paralysie infantile », *La Croix* (29/12/1940).

78 A. Dutil, J.-B. Charcot, *Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique*, ouv. cit, p. 9.

Chapitre II – Les causes de contamination

Si de nos jours nous savons que la contamination de la poliomyélite est essentiellement digestive par voie oro-fécale, via des aliments ou de l'eau contaminée, il n'en a pas toujours été le cas et des multitudes d'hypothèses ont été soulevées, débouchant sur une multitude d'études pour les explorer. C'est pourquoi tout au long de la première moitié du XXe siècle, des chercheurs ont essayé de mettre en lumière les causes de contamination de la maladie, avec plus ou moins de résultats selon les postulats de départ. L'épidémie de 1930 sera au centre de ce chapitre car beaucoup d'hypothèses ont été faites en l'étudiant. Ces hypothèses peuvent se classer en deux catégories : les contaminations déclenchées par l'homme (1) et celles extérieures à sa biologie (2).

1. Les facteurs humains

L'Homme est souvent le vecteur de contamination des infections. Un simple contact, et la maladie pénètre dans notre corps. Cela étant dit, ce ne serait pas la seule cause, d'autres facteurs biologiques engendreraient également la poliomyélite.

Le porteur de germes et le porteur sain

En 1940, l'origine de la contamination n'était pas encore certaine et plusieurs spéculations étaient de rigueur. Selon plusieurs études et plusieurs synthèses, la poliomyélite se transmettait par contact direct : la source de contagion la plus importante n'était donc pas le malade ou le convalescent mais le « porteur de germes »⁷⁹. Derrière ce terme un peu trivial se cache en réalité un individu atteint de la maladie, développant quelques symptômes non spécifiques tels des maux de tête ou de la fièvre, et qui circulent librement, contaminant de nombreuses personnes.

Il y a également un autre type d'individus qui est celui du porteur sain : celui-ci héberge le virus, le diffuse à son entourage mais ne développe aucun symptôme spécifique. En réalité, la diffusion massive de la maladie serait due à ces deux « intermédiaires » immunisés naturellement ou véhiculant une forme légère inaperçue de la maladie. Ces individus sont redoutables car ils sèment la poliomyélite autour d'eux sans s'en apercevoir⁸⁰.

79 Dr. Paul Voivenel, « L'épidémie du moment : la poliomyélite », *Comoedia* (12/11/1930).

80 « La paralysie infantile », *La Croix* (29/12/1940).

Le sang

Les docteurs Kling et Levaditi ont révélé la présence d'anticorps capables de tuer le virus de la poliomyélite dans le sang de huit sujets restés indemnes malgré un contact intime avec des malades⁸¹. De plus, un examen minutieux du sang d'un certain nombre d'enfants atteints de poliomyélite a montré que le groupe A était présent dans 56,4% des cas étudiés. Cette hypothèse de préférence sanguine a contracté la maladie, ou au contraire, à en être immunisé, a du être abandonnée car nous ne l'avons jamais revu exposer dans les lignes de nos sources. Le groupe sanguin revêt-il une importance particulière ou bien est-ce juste un constat anecdotique ? Nous n'aurons vraisemblablement jamais la réponse.

La race

Plusieurs auteurs, dont Pierre Lépine, ont insisté sur l'élément racial et la sensibilité plus grande des populations nordiques particulièrement constatées aux États-Unis dans le mélange des races. Le terrain nerveux de ces populations serait plus propice au développement du virus⁸². Cette thèse raciale est, à l'instar de celle sanguine exposée plus haut, unique et ne révèle pas d'une reprise par la communauté scientifique.

Chaque fois qu'une enquête a pu être effectuée, elle a permis d'établir la possibilité d'une transmission du virus par contact inter-humains. Malgré tout, cela ne suffit pas à expliquer la totalité des apparitions de poliomyélite, d'autres facteurs doivent également s'insérer.

2. Les facteurs extérieurs

D'autres facteurs doivent rentrer en jeu comme les facteurs géographiques, écologiques, hydrographiques ou climatiques, qui s'ajoutent au contact inter-humain pour faciliter le développement et l'éclosion des épidémies.

81 Constantin Levaditi, C. Kling, Pierre Lépine, « Nouvelles recherches expérimentales sur la transmission de la poliomyélite par la voie digestive. Action du chlore sur le virus poliomyélite », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, série 3 (1931), p. 201.

82 H. Cambessedes, J. Pignot, J. Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aigüe », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 83.

L'étude de Kling

Une des premières épidémies de poliomyélite européennes a été décrite par Kling en Suède, à Stockholm et Gothembourg lors de la période 1911/1912⁸³. Lors de son étude, il chercha à savoir de quelle façon la maladie survenait et quels étaient les facteurs favorisant sa prolifération. Kling remarqua tout d'abord que la poliomyélite sévissait surtout à la campagne et était sporadique en ville, ce qui est un argument allant à l'encontre de la théorie de propagation inter-humain car les contacts sont plus nombreux en ville. Pourquoi les villes n'étaient alors guère touchées ?

Son Hypothèse était la suivante : cela est dû à la création lente et progressive d'un état réfractaire parmi la population des villes. Pour la confirmer, il se basa sur 56 cas étudiés, dont 23 furent élevés à la ville et 33 naquirent et furent élevés à la campagne (arrivés après l'adolescence). Ces observations donnèrent le tableau suivant :

| | Ville | Campagne |
|--------------------|---------------|-----------------|
| Morbidité | | + Grand = 59 % |
| Forme Grave | 10 cas = 43 % | 24 cas = 72 % |

D'après son étude, il ressort que les habitants de la campagne furent plus touchés par la maladie que les habitants des villes, et beaucoup plus mortellement. Les citadins semblent développer une résistance plus marquée, dont l'origine peut être due à des infections antérieures légères. Ainsi, d'après cette étude, le clivage ville/campagne est un premier positionnement sur la prolifération de la poliomyélite.

L'origine hydrique

Une autre source de contamination peut-être suspectée par l'eau, car des spécialistes ont mis en évidence que le plus souvent, les épidémies de poliomyélite suivent un cours d'eau, une rivière ou un fleuve et il n'est pas rare de voir les malades se manifester autour d'une source d'un puits⁸⁴. La démonstration proprement dite de la propagation de la poliomyélite via les courants d'eau, date de 1939 dans la ville de Charlestown en Angleterre⁸⁵. Trois chercheurs ont prélevé des échantillons des eaux usées à différents endroits de la ville afin de démontrer la virulence des eaux d'égout. L'un de

83 M. C. Kling, « Epidémiologie de la poliomyélite », *Gazette Médicale de Paris*, n°13 (1913), p. 264.

84 « La paralysie infantile », *La Croix* (29/12/1940).

85 Jean-Constantin Levaditi, Pierre Lépine, « Origine hydrique et transmission digestive de la poliomyélite », *La Presse Médicale*, n°10 (1943), p. 120.

ces échantillons à conférer à quelques singes une poliomyélite typique, ce qui a établi la présence du virus dans les eaux.

D'ailleurs, l'épidémie de 1930 dans l'est de la France, s'est déroulée d'abord dans la région bordant la gauche du Rhin et du nord au sud, soit à l'encontre du courant du fleuve et de la nappe souterraine⁸⁶. Dans une deuxième phase, les cas se sont échelonnés dans la direction est-ouest de la plaine dans la montagne, en remontant les actions du Rhin. À mesure que l'épidémie s'étendait, les premiers foyers s'éteignaient progressivement. La maladie semble avoir eu une prédilection pour les localités situées soit dans la plaine qui longe le Rhin soit le long des rives de certains affluents⁸⁷. De plus, les courbes du niveau de la nappe d'eau souterraine et celle de la morbidité de la polio globale, sont l'inverse l'une de l'autre. Ainsi, le maximum de morbidité coïncide avec le niveau d'eau le plus bas de la nappe souterraine⁸⁸. Cette observation offre donc une certaine viabilité de la théorie hydrique.

Cette morbidité globale la plus élevée est constatée surtout dans les localités dont l'eau d'alimentation est une eau de surface, c'est à dire que les villages utilisant l'eau de source paraissent avoir été touchés dans des cas plus rares et moins graves. La répartition des foyers a suivi dans l'ensemble le système orographique du pays. Il n'en demeure pas moins que les divers auteurs rapportant l'analyse de l'épidémie ont conclu en majorité que les faits observés n'aboutissent pas à une contamination par l'élément hydrique car aucune donnée formelle n'a pu être cueillie en faveur de la propagation par l'eau⁸⁹.

Le rôle de l'atmosphère

Cette possibilité est l'oeuvre d'un certain Fred Vlès, dont nous ne savons pas grand chose mis à part ce qui ressort de son étude⁹⁰. De 1929 à 1932, l'auteur a pris des mesures iconométriques bi-quotidiennes de la déperdition atmosphérique à Strasbourg⁹¹. Il a ensuite rapproché ces données de l'évolution statistique de l'épidémie de poliomyélite qui a sévi dans le Bas-Rhin en 1930, et voici ce qu'il ressort :

86 « Qu'est-ce donc que la poliomyélite qui sévit actuellement dans l'est ? », *Paris-Soir* (20/07/1930).

87 Comte rendu de E. Schmutz, « Le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin en été 1930 », *Strasbourg Médical*, tome XCI, n°24 (1931) dans Robert Clément, « Strasbourg Médical », *La Presse Médicale*, n°10 (1932), p. 29.

88 Ibid.,

89 Dr. Henri Bouquet, « La poliomyélite », *Le Temps* (21/08/1930).

90 Fred Vlès, « Sur les propriétés électriques de l'atmosphère au cours de l'épidémie de poliomyélite du Bas-Rhin en 1930 », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°7 (1932), p. 256-259.

91 « Académies, universités, écoles », *Le Temps* (18/08/1932).

- Au niveau des mesures : il s'agit de la description et des détails de l'ionomètre et de la méthode pour l'utiliser⁹².
- Au niveau des données épidémiologiques : La courbe statistique des épidémies de poliomyélite a été établie selon les chiffres de l'étude de Levaditi, Schmutz et Willemin⁹³.
- Au niveau de la comparaison des courbes : Il constate une allure anormale pendant l'été 1930 par rapport aux étés des années 1929 et 1931⁹⁴.

Les deux maxima de conductance ont précédé chacun d'une semaine les maxima isolés de l'épidémie. De plus, le minimum de conductance s'est déroulé pendant le grand minimum de l'épidémie. C'est un document unique mais imparfait car il ne tient pas compte de tous les cas isolés. L'auteur constate que les courbes se chevauchent mais nous ne pouvons conclure avec certitude si cela relève d'une intervention des propriétés électriques de l'atmosphère sur l'épidémie de poliomyélite. Dans tous les cas, ce document est intéressant car, l'hypothèse que les facteurs physiques puissent influencer l'épidémie de poliomyélite se recoupe avec les constatations et conclusions d'autres chercheurs, notamment de Levaditi⁹⁵. En effet, il ressortait de ses recherches que des facteurs extrinsèques, atmosphériques, hydrographiques et géographiques, viennent s'ajouter à la contagion inter-humaine (par les voies aériennes supérieures ou digestives), pour déclencher les épidémies de poliomyélite et en déterminer les caractères évolutifs.

Le climat

Certaines conditions climatiques semblaient favoriser le développement de la maladie. Le meilleur exemple de ce phénomène climatique a été enregistré lors de l'épidémie de 1930 dans l'est de la France. Premièrement, la maladie s'est développée avec un décalage saisonnier, en Juillet au lieu de Septembre. Secondement, il a été remarqué une augmentation de la température, de la sécheresse de l'air accompagnée d'une chute du niveau d'eau du sous-sol⁹⁶. De fortes chaleurs déprécient de 10 à quatre jours l'éclosion et le développement progressif de l'épidémie ainsi qu'une période de

92 Fred Vlès, « Sur les propriétés électriques de l'atmosphère... », art. cit, p. 257.

93 Ibid., p. 257.

94 Ibid., p. 258.

95 G. Levaditi, E. Schmutz, L. Willemin, « Etude de l'épidémie de poliomyélite du département du Bas-Rhin », *Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n°1 (1931), p. 233-257.

96 Comte rendu de E. Schmutz, « Le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin en été 1930 », art. cit, p. 29.

sécheresse⁹⁷. Ces observations se sont retrouvées la même année dans le département de Seine : avec l'épidémie de l'est, le département de la Seine et la Ville de Paris ont communiqué des chiffres que l'on retrouve dans l'édition du journal *Le Matin*⁹⁸ :

| | Janvier à Mai | Juin | Juillet | Août |
|------|---------------|------|---------|------|
| 1929 | 7 | 0 | 1 | 1 |
| 1930 | 7 | 3 | 5 | 12 |

Nous pouvons constaté une légère recrudescence de la maladie en 1930 en terme de cas. Seulement, si nous comparons ces chiffres à l'année précédente, le nombre de cas s'est multiplié par trois, cinq et 12 pour les mois de Juin, Juillet et Août, mois pendant lesquels la maladie a ravagé l'Alsace et une partie de la Lorraine. Cela dit, il est vrai que la poliomyélite ne s'est pas développée et est certainement restée active sur quelques cas épars et isolés, ce que confirment les autorités⁹⁹.

Contamination par voie animale

Au cours de notre exploration des quotidiens français, nous sommes tombés sur quelques articles mentionnant le rôle infectieux que pouvaient jouer certains animaux dans la propagation de la maladie. En effet, un certain docteur Gabelle, qui étudiait la poliomyélite lors d'une épidémie en 1930 dans la Sarthe estimait que la maladie pouvait être véhiculée par les animaux errants comme les chiens et les chats¹⁰⁰. Mais cette hypothèse de transmission animale fut laissée de côté pour une dizaine d'années car aucune trace n'a été décelée dans la presse.

Ce n'est qu'en 1941 avec une étude détaillée d'un certain Paul Durand¹⁰¹ que cette propagation animalière était à nouveau envisagée. La reprenant à son compte, il soutient d'après ses observations qu'il existe un lien entre les manifestations de poliomyélite et les mortalités animales, notamment les rats. Cette théorie de contagions animalières indirectes a été abandonnée très peu de temps après la parution de son étude car nombreuses ont été les expériences pour trouver un animal autre que le singe réceptif à l'inoculation de la maladie pour les essais expérimentaux¹⁰².

Les insectes aussi étaient envisagés pour la transmission de la poliomyélite. Une expérience

97 Comte rendu de E. Schmutz, « Le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë... », art. cit, p. 29.

98 « La poliomyélite à Paris et dans le département de la Seine », *Le Matin* (15/08/1930).

99 « La poliomyélite ne paraît pas dangereuse à Paris », *Paris-Soir* (17/08/1930).

100« Les chiens et les chats véhiculent la poliomyélite », *Le Petit Journal* (18/09/1930).

101 Paul Durand, « A propose de la transmission de la poliomyélite », *La Presse Médicale*, n°68-69 (1941), p. 876.

102 H. Cambessedes, J. Pignot, J. Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aiguë », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 84.

avait même été menée pour valider cette possibilité¹⁰³. Elle consistait à appliquer chez le singe une petite cage grillagée contenant des insectes piqueurs¹⁰⁴. Auparavant, ils avaient été en contact prolongé avec d'autres singes atteints de poliomyélite, et qui avaient pu absorber par piqure le sang contaminé. Mais, ces expériences ont toujours été négatives.

L'eau de boisson et les aliments

Dès le début du XXe siècle, le comportement du virus de la poliomyélite inséré dans l'eau, le lait ou les aliments de manière expérimentale soulevait déjà des questions car il s'y conservait à température ambiante pendant 31 jours¹⁰⁵. Dès lors, cette voie de contamination était possible. Egalement, des scientifiques avaient réussi à contaminer des singes par l'ingestion d'aliments souillés, ce qui paraissait démontrer la contamination réelle de cette hypothèse. Sa contagion a été mise en évidence une fois lorsqu'un vacher avait eu une atteinte légère, sans symptômes apparents car il n'avait pas interrompu son travail¹⁰⁶.

D'après les expériences de Kling, Lépine et Levaditi, il était relativement facile d'affecter le singe par voie digestive¹⁰⁷, via l'eau et les aliments. Par conséquent, la possibilité de contamination intestinale ne faisait plus de doute pour la polio. La réceptivité par le tube digestif a pour conséquence la présence du virus dans les voies qu'il suit après avoir traversé la muqueuse gastro-intestinale. Les chercheurs ont constaté la virulence des ganglions mésentériques des animaux ayant contracté la maladie par ingestion du virus ce qui a été confirmé en clinique sur l'homme¹⁰⁸. Cette expérience confirme à la fois la possibilité d'affecter les animaux par voie digestive mais également, affirme la présence du virus dans les voies intestinales que ce soit chez l'homme où chez le chimpanzé.

De plus, les matières fécales préalablement filtrées se sont révélées virulentes dans sept cas sur 31 échantillons examinés¹⁰⁹. Il est prouvé que la matière fécale des sujets infectés constituait une des sources capables d'assurer la dispersion du virus dans le milieu extérieur. Il est apparu que l'élimination du virus se faisait plus régulièrement dans les selles qu'à travers la muqueuse pharyngée et qu'elle était plus prolongée¹¹⁰.

103 Ibid.

104 Nous ne savons pas lesquels.

105 Constantin Levaditi, K. Landsteiner, « La poliomyélite expérimentale », *Compte-rendu des séances de la Société de Biologie*, n°68 (1910), p. 312.

106 « La paralysie infantile », *La Croix* (29/12/1940).

107 Constantin Levaditi, C. Kling, Pierre Lépine, « Nouvelles recherches expérimentales... », art.cit, p. 202.

108 Ibid., p. 203.

109 Jean-Constantin Levaditi, Pierre Lépine, « Origine hydrique et transmission digestive de la poliomyélite », art. cit, p. 120.

110 Ibid., p. 120.

Malgré tout, dès 1930, cette hypothèse fut délaissée car les enquêtes, chaque fois qu'elles ont pu être effectuées, n'ont jamais confirmé l'hypothèse de la propagation par l'intermédiaire de l'eau de boisson ou des aliments, du moins, de manière exhaustive¹¹¹.

Les origines de la poliomyélite ont été sujettes à plusieurs hypothèses, qui pour la plupart n'ont pas abouti à des résultats probants. La piste privilégiée est celle de vecteur humain via les contacts et les « porteurs de germes » qui diffusent la maladie sans le savoir. Les autres facteurs tels le climat, l'eau ou les animaux sont pas suffisants pour expliquer à eux seuls les apparitions poliomyélitiques, mis à part l'eau et les aliments contaminés qui paraissent crédibles quant à l'intrusion du virus dans l'organisme humain.

Cette recherche sur les causes de diffusion était nécessaire afin de poursuivre le profil de la poliomyélite. Pour l'achever complètement, il nous faut examiner les répercussions de la maladie dans la population.

111 « Les maladies épidémiques en 1930 », *La Croix* (16/12/1931).

Chapitre III – La répercussion de la maladie

Nous avons vu dans les deux chapitres précédents quelle était la nature de la poliomyélite. Pour conclure cette première partie, il ne nous reste plus qu'à nous intéresser à sa diffusion dans la société par la presse française (1) ainsi que de nous préoccuper de ses victimes (2), c'est à dire de confirmer si oui ou non la maladie cible en priorité les enfants comme nous l'avons avancé en introduction.

1. la typologie des articles

Ainsi que nous l'avons présenté en introduction, la grande partie de notre travail est basé sur les sources de journaux français, qu'ils soit nationaux ou régionaux. Au sein d'un journal, les articles de presse ne sont pas tous uniformes et revêtent des formes différentes. En effet, il existe plusieurs types ou genres journalistiques, c'est à dire des catégories utilisées par les journalistes pour caractériser la forme que prendra leur texte. À chaque genre correspondent non seulement une forme précise, mais aussi des fonctions bien distinctes. De la chronique à la dépêche d'agence, les genres journalistiques servent à exprimer une opinion comme à résumer brièvement une nouvelle. Habituellement, un journaliste choisit un genre journalistique pour chacun de ses articles, en fonction du type de communication qu'il désire établir et généralement, il attend d'avoir terminé la collecte des informations pour choisir le genre journalistique dans lequel il souhaite les retranscrire¹¹². Ces genres journalistique sont au nombre de cinq :

- Les articles d'information
- Les récits
- Les études
- Les opinions extérieures
- Les commentaires

Chaque catégorie est ensuite divisée en d'autres ensembles. Par exemple, nous trouvons les « Brèves », c'est à dire un petit texte court, sans titre, et sans paragraphe distinct dans la catégorie « Articles d'information », ou bien « l'Analyse », soit un article ressemblant à la synthèse car il prend sa source dans les faits à relater, leur donnant une explication sans dégager une opinion, dans

112 Yves Agnès, *Manuel de Journalisme : Ecrire pour le journal*, Paris, La Découverte, 2002, p 244.

la catégorie « Etudes »¹¹³.

Pour analyser la réception poliomyélitique dans son ensemble, nous avons élaborer un tableau regroupant les quotidiens français, principaux et régionaux, en catégorisant leurs articles selon les différentes catégories journalistiques citées précédemment¹¹⁴. Notre tableau se présente sous la forme suivante : six colonnes, la première regroupe les journaux, et les cinq suivantes les différentes catégories journalistiques :

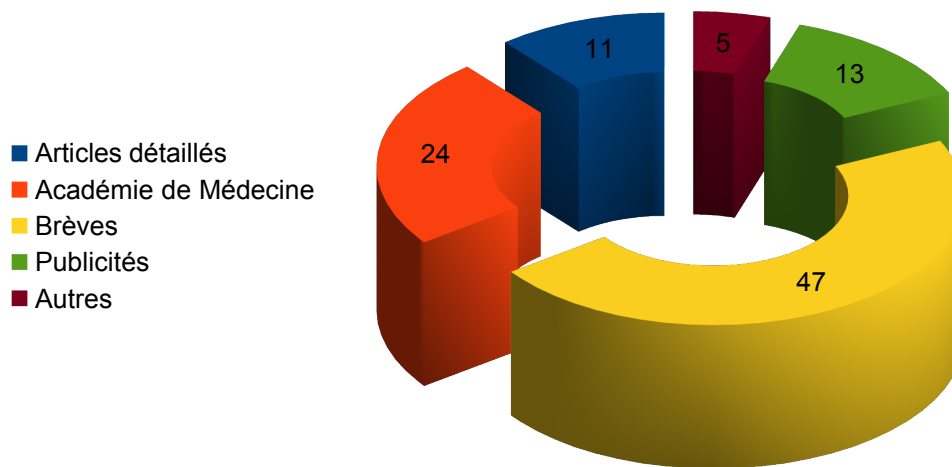
- Article détaillé : il s'agit d'articles, pour la majorité scientifiques, traitant de la poliomyélite ou d'un sujet connexe (que ce soit sur la maladie en elle-même, sur un chercheur spécialiste, sur la création d'un sérum, etc...). Ces articles sont généralement longs et détaillés. Ils sont au nombre de 95.
- Académie de médecine : comme son nom l'indique, il s'agit des articles publiés par l'Académie de médecine pour mettre en évidence un chercheur, une étude, ou bien encore un remède sur la maladie. Ils sont au nombre de 220.
- Brève : il s'agit de la catégorie la plus présente. Sous cette dénomination, se cachent tous les petits articles et petits billets de moins de cinq lignes qui informent sommairement d'une situation. Ils sont au nombre de 417.
- Publicité : lors de nos recherches, nous nous sommes retrouvés face à des publicités pour deux institutions : le centre de Saint-Fargeau et l'institut de gym suédoise. Ils sont au nombre de 115.
- Autres : dans cette dernière catégorie, nous avons regroupé tous les articles qui ne rentraient dans aucunes autres. Nous pouvons donc retrouver des nouvelles où la poliomyélite est évoquée, des poèmes, ou encore des petites biographies où l'on apprend que la personne concernée a contracté la polio à un moment de sa vie. Ils sont au nombre de 49.

Grâce a la catégorisation des articles, nous pouvons établir une répartition en pourcentage.

113 Yves Agnès, *Manuel de Journalisme : Ecrire pour le journal*, ouv. cit, p. 258.

114 Cf. Tableau 3, p. 114.

Les différents types d'articles de journaux concernant la poliomyélite



Nous remarquons que les *Brèves* représentent quasiment la moitié des articles traitant de la poliomyélite. Ensuite, viennent les articles issus de *l'Académie de Médecine*, puis les *Articles Détaillés*, les *Publicités* et enfin ceux regroupés sous la bannières *Autres*. De ce fait, une partie conséquente des sources journalistiques sont basées sur des informations courtes, qui développent sommairement les informations obtenues.

Mais, il est très compliqué par les journaux de définir les profils des victimes de la poliomyélite car les données concernant les cas avérés sont trop irrégulières, sporadiques et des fois contradictoires. Par conséquent nous ne pouvons pas établir sur la base des sources journalistiques des statistiques détaillées afin d'étudier les proportions et les pourcentages d'enfants ou adultes, de filles ou de garçons atteints de la maladie. Néanmoins, les études d'époque faites par les chercheurs nous donnent leurs regards et leurs observations sur des épidémies qui se sont déroulées, et par ce biais nous pouvons apercevoir les catégories de personnes plus sujettes à contracter et à développer la maladie.

2. Les cibles de la poliomyélite

Il s'agit ici de déterminer si un type de personne serait prédisposé à être contaminé par le virus infectieux de la poliomyélite. Malgré tout, nous savons déjà que certaine appellation nous aiguille dès à présent sur la singularité de ces victimes, le terme « paralysie infantile » ne peut être

plus clair. Pourtant, comme dit précédemment en introduction, cette dénomination n'est pas exclusive et surtout a été jugée trop réductrice par certains auteurs¹¹⁵. En effet, la poliomyélite n'est pas spécifique aux enfants et nous pouvons dès à présent citer l'étude de Dutil et Charcot sur l'homme de 56 ans l'ayant contracté et mort de ses suites¹¹⁶. De plus, sous le nom d'enfant se cache tout un panel de victimes, car entre un nourrisson de huit mois et adolescent de 15 ans il existe des différences de taille comme la biologie ou les contacts inter-humains.

C'est pourquoi il est important d'approfondir la question en regardant de plus près le profil des victimes. Notre tableau en annexe deux ne nous permet pas de réaliser des statistiques sur les cas constatés dans les journaux du fait de la disparité des chiffres donnés¹¹⁷. Mais, à travers des études et travaux confiés dans quelques articles de presse mais surtout dans les pages des revues médicales, certains auteurs se sont livrés à de véritables enquêtes détaillant la victimologie selon les âges, notamment lors des premières années du XXe siècle. Dès lors, il nous est possible de retranscrire ces données, de les comparer de façon à dégager une préférence des cibles de la maladie.

Les données de Wickman et de Louis Tinel-Giry

Wickman a été l'un des premiers chercheurs du XXe siècle à s'intéresser à la poliomyélite. C'est lui qui a introduit, en 1907, l'éponyme « maladie de Heine-Medin » pour honorer les contributions de Medin¹¹⁸. La plupart de ses travaux étant en allemand, nous avons pris connaissance de ces analyses dans les retranscriptions qu'en ont fait des auteurs français. C'est par le volumineux traité de Louise Tinel-Giry que nous pouvons prendre connaissance des statistiques selon l'âge des victimes de Wickman¹¹⁹ :

115 Cf. Introduction, p. 4.

116 A. Dutil, J.-B. Charcot, *Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique*, Paris, Felix Alcan, 1894.

117 Cf. Tableau 2, p.110.

118 F.-G. Boudreau, E.-F. McCampbell, *Acute Poliomyelitis with wpecizil reference to the disease in Ohio, and Certain Transmission Experiments*, Colombus, The F.-J. Heer Printing Co, 1914, p. 4.

119 Louise Tinel-Giry, *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médin)*, Paris, Alfred Leclerc, 1911, p. 146.

| | |
|-------------|--------|
| 0 à 2 ans | 19,50% |
| 2 à 5 ans | 20,80% |
| 6 à 8 ans | 17,70% |
| 9 à 11 ans | 10,10% |
| 12 à 14 ans | 8,90% |
| 15 à 17 ans | 6,80% |
| 21 à 23 ans | 2,80% |
| 24 à 26 ans | 1,60% |
| 27 à 29 ans | 1,30% |
| 30 à 32 ans | 1,40% |

Ses statistiques sont données en pourcentage basé sur 10 tranches d'âge, de 0 à 32 ans. Comme nous le remarquons, plus le malade est jeune, et plus le pourcentage est élevé. Inversement, plus le malade est âgé, plus le pourcentage est faible. Le premier constat que nous pouvons opérer est que la poliomyélite s'attaque en priorité aux enfants et jeunes adolescents puisque les 0/17 ans représentent quasiment 93% des malades de ce tableau de données.

Sur cette base de recherche, Louise Tinel-Giry a elle aussi effectué des recherches statistiques basées sur l'âge. Pour les réaliser, elle s'est appuyée sur une épidémie de poliomyélite qui s'est déroulée dans la région parisienne observée en 1909. Du reste, nous n'avons trouvé aucune trace de cette épidémie dans les journaux français. La seule trace de manifestation épidémique que nous avons pour cette année et le rapide panégyrique que fait Netter sur la situation par pays de la maladie¹²⁰. Sur 99 enfants reçus à l'hôpital Trousseau, il y avait 50 garçons et 49 filles :

| | |
|---------------------|--------|
| De 0 à 2 ans | 19 cas |
| De 2 à 4 ans | 36 cas |
| De 4 à 6 ans | 19 cas |
| De 6 à 8 ans | 19 cas |
| De 8 à 10 ans | 3 |
| De 10 à 20 ans | 2 |
| Au dessus de 20 ans | 1 |

Ses chiffres semblent confirmer la préférence de la poliomyélite pour les enfants, avec une prédominance sur les enfants de deux à quatre ans qui concentrent le plus grand nombre de

¹²⁰ « Paralyse infantile », *XIXe Siècle* (27/06/1910).

malades. Là encore, des adultes sont atteints mais dans moins grandes proportions que dans les observations de Wickman puisqu'il n'y a qu'une seule personne de plus de 20 ans.

L'épidémie de 1909 aux Etats-Unis

Le début du XXe siècle a vu la poliomyélite agir avec répartition et virulence aux Etats-Unis. En 1900, le Nebraska et la ville de Saint-Paul dans le Minnesota ont subi la maladie¹²¹ pour un total de 729 victimes dont nous trouvons encore une fois le détail dans le livre de Louis Tinel-Giry¹²² :

| | |
|---------------------|---------|
| Au dessous de 3 ans | 463 cas |
| De 3 à 6 ans | 197 cas |
| De 6 à 9 ans | 40 cas |
| De 9 à 15 ans | 21 cas |
| Au dessus de 15 ans | 8 cas |

Nous remarquons instantanément que les enfants en bas âge, c'est à dire âgés de moins de trois ans, ont été numériquement parlant les plus atteints par la maladie puisqu'ils représentent à eux seuls quasiment 65 % des victimes. Si nous ajoutons à cette tranche d'âge celle des trois à six ans, nous atteignons les 90 %. Les cas au-dessus de 15 ans sont au nombre de huit, soit seulement un peu plus de 1 % des victimes. Ici ces chiffres confirment la préférence infantile de la poliomyélite même si des jeunes adultes sont également atteints.

L'épidémie de l'Indre

Lors d'une petite épidémie située dans le département de l'Indre au début de l'année 1913, deux médecins ont étudié avec attention les personnes touchées par la maladie¹²³. Il ressort des détails très précis sur l'âge et le sexe des victimes, détails que nous reproduisons dans ces tableaux :

121 Richard Altenbaugh, *The Last Children's Plague : Poliomyelitis, Disability, and Twentieth-Century American Culture*, Croydon, Palgrave Macmillan, p. 6.

122 Louise Tinel-Giry, *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médin)*, ouv. cit, p. 147.

123 Le Blanc, « Epidémie de poliomyélite », *Le Poitou Médical* (06/12/1913).

| | |
|----------------------|-------|
| De 15 mois à 25 mois | 4 cas |
| De 2 ans à 8 ans | 5 cas |
| De 11 ans à 12 ans | 2 cas |
| De 14 ans à 16 ans | 4 cas |
| De 20 ans à 27 ans | 3 cas |

Au total, nous disposons de 18 cas. Dans ce cas présent, les données observées sont réparties avec beaucoup plus de régularité que dans celles retranscrites précédemment : aucune tranche d'âge ne semble ressortir, le nombre de cas le plus élevé est atteint avec les 2/8 ans avec 5 cas mais ce chiffre ne se démarque pas des autres consignés. Il y a 7 malades dont l'âge dépasse 14 ans, dont 3 qui ont entre 20 et 27 ans mais ce n'est pas assez marqué pour déterminer avec certitude que les enfants soient les cibles prioritaires.

| | |
|---------|--------|
| Garçons | 11 cas |
| Filles | 7 cas |

Même constat car il n'y a pas de différences notables. Le nombre de garçon est certes plus élevé mais il ne suffit pas pour conclure que le sexe joue un rôle prépondérant dans le développement de la poliomyélite. Le pourcentage de mortalité était de 6%¹²⁴. Le terme de paralysie infantile devient insuffisant devant l'observation de ces faits.

L'épidémie de 1930 dans l'est de la France

Plusieurs études ont été menées afin d'établir un bilan comptable. À partir de ces enquêtes, nous avons construit un tableau afin de déterminer l'âge des victimes et pouvoir dégager des pourcentages. Les chiffres retransmis ont pour origine plusieurs études de scientifiques qui ont observé et analysé l'épidémie, mais également à partir des divers articles de presse.

| <i>Les victimes de la poliomyélite durant l'épidémie de l'est en 1930 dans le Bas-Rhin</i> | | |
|--|-----|--------|
| 0 à 6 ans | 340 | 84,00% |
| 6 à 13 ans | 45 | 11,00% |
| 13 à 21 ans | 20 | 5,00% |

¹²⁴ Le Blanc, « Epidémie de poliomyélite », *Le Poitou Médical* (06/12/1913).

Nous remarquons que la majorité des victimes sont des enfants d'âge préscolaire puisqu'ils sont au nombre de 340 sur un total de 405 soient 84 % des victimes totales. Nous pouvons remarquer que plus la victime est âgée, moins elle a de chance de contracter la maladie puisque seulement 20 jeunes âgés de 13 à 21 ans l'ont eue, soit 5 % du total. Sur le même modèle, nous avons également construit le tableau de la mortalité, mortalité qui est d'environ 10 % dans l'ensemble.

| <i>La mortalité due à la poliomyélite durant l'épidémie de l'est en 1930 dans le Bas-Rhin</i> | | |
|---|------|--------|
| 0 à 6 ans | 25,5 | 7,50% |
| 6 à 13 ans | 7,2 | 16,00% |
| 13 à 21 ans | 4 | 20,00% |

En ne s'en tenant qu'aux chiffres, ce sont encore une fois les plus jeunes qui ont été touchés mortellement puisque plus de 25 enfants âgés de 0 à six ans ont succombé à la maladie, soit 7,50 % de leur catégorie. Les 13/21 ans, bien qu'ils ne comptent que quatre décès sur les 37 victimes, représentent tout de même 20% de sa catégorie, ce qui n'est pas négligeable. À partir de ces résultats, nous pouvons tirer deux constats : le premier est que la poliomyélite semble bel et bien s'attaquer aux enfants et jeunes adolescents en priorités comme nous le supposions déjà en introduction¹²⁵ Le second est qu'il semblerait que plus la victime soit âgée au moment de sa contagion, plus la mortalité serait élevée comme le révèle les chiffres. Malheureusement, nous ne disposons pas de plus de détails concernant les victimes de la tranche 13/21 ans, ce qui est dommageable puisque la différence est de taille entre un jeune adolescent de 13 ans et un jeune adulte de 21 ans.

La majorité des articles mentionnant et s'intéressant à la poliomyélite est issue de nos catégories « Brèves » et « Académie de Médecine ». Par conséquent, le traitement de la maladie dans les journaux est à la fois très sommaire, puisqu'ils se contentent la plupart du temps d'informer de la présence de la maladie dans un lieu, et en même temps très médical, puisqu'ils annoncent les découvertes en la matière. Concernant les cibles de la poliomyélite, il ressort une préférence incontestable de la maladie pour les enfants. Cependant, cette préférence n'est pas exclusive et les adultes sont également touchés, ce qui indique une certaine pluralité de la maladie.

Cette première partie centrée sur la nature de la poliomyélite, donc très centrée sur le domaine médical, était un passage nécessaire pour comprendre à la fois son mode d'action mais également sa complexité. Si son origine et sa voie de transmission ne sont pas totalement identifiées

125 Cf. Introduction, p. 5.

à la fin des années 40, il est indéniable que la paralysie est reconnue comme conséquence principale ainsi qu'une prédilection pour les enfants. Néanmoins pour essayer de comprendre de quelle façon agit la maladie, il nous faut étudier dans le détail son fonctionnement à travers les diverses épidémies que le territoire français a connu durant la période 1900/950.

DEUXIÈME PARTIE : LA MARCHE DE LA **POLIOMYÉLITE**

Pour analyser l'impact d'une épidémie, plusieurs modalités existent afin d'étudier son développement sur un territoire donné le temps de sa manifestation. Dans notre travail, nous avons puisé nos informations dans la presse française qui s'avère être un gisement d'informations très complet, et surtout, nous permet d'établir une chronologie des faits assez précis. En effet, les journaux français, qu'ils soient nationaux ou régionaux, relatent tout au long de notre période d'étude diverses manifestations de poliomyélite, épidémiques ou isolées.

À partir de là, nous pouvons donc essayer de déterminer, d'analyser et de mettre en avant une certaine mécanique ou procédure lors d'apparition poliomyélitique. Pour cela, nous allons nous concentrer dans un premier temps sur un cas d'épidémie de poliomyélite qui a marqué les esprits en France, dans l'est du pays en 1930, en devenant un véritable foyer infectieux très suivi par la presse (chapitre IV). Bien entendu, ce phénomène n'est pas unique et le paysage français a subi la maladie tout au long de la première moitié du XXe siècle avec une multitude d'apparitions répartie sur une cinquantaine d'années (chapitre V). Enfin, les maladies et épidémies ne s'arrêtant pas aux frontières, beaucoup d'autres pays ont aussi contracté la poliomyélite sur leurs territoires (chapitre VI).

Chapitre IV : L'épidémie de 1930 dans l'est de la France

Après des années de relatif calme dans les années 20 (la poliomyélite n'a fait que quelques victimes par année, ou en tout cas, les journaux ont relevé seulement quelques cas dans leurs lignes¹²⁶) le tournant des années 30 débute par une épidémie record en France, avec pour origine probable l'Allemagne¹²⁷ et des ramifications dans plusieurs pays européens. Cette épidémie, abondamment rapportée dans la presse, est pour notre étude une très bonne opportunité d'analyser son *modus operandi* et son impact sur la société française à travers sa retransmission dans les journaux (1). Celle-ci nous permet d'établir une chronologie précise (2) mais également de nous rendre compte des perturbations que la maladie engendre au sein de l'armée (3). Enfin, nous poserons le bilan de cette épidémie (4).

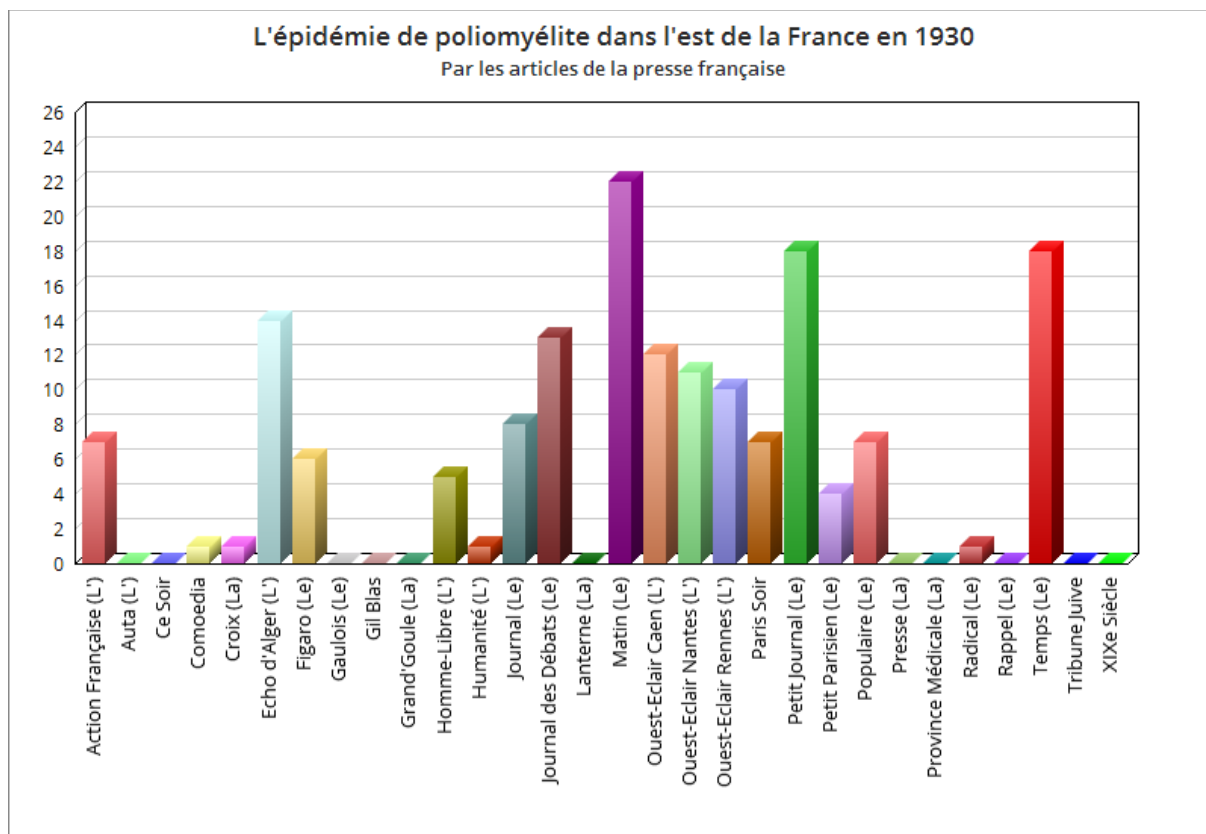
1. Le retransmission de l'épidémie dans les journaux

Compte tenu de la virulence et de l'ampleur de l'épidémie, les journaux se sont emparés très rapidement de ce phénomène, relayant quasiment quotidiennement le développement de la poliomyélite. Preuve en n'est, les 300 articles répertoriés dans notre tableau récapitulatif¹²⁸. L'épidémie s'est concentrée dans trois départements en particulier, la Moselle, le Haut-Rhin et surtout le Bas-Rhin. Ainsi, les articles se sont multipliés et nous avons eu l'idée de les récapituler dans un tableau dans le but de dessiner un schéma global de la situation journalistique. Pour cela, nous avons doté notre outil de cinq colonnes : la première est la liste des journaux ; la deuxième contient le nombre total des articles portant sur la poliomyélite ; la troisième rapporte le nombre total d'articles écrits sur l'épidémie de 1930 et les deux dernières colonnes font la distinction entre ceux retraçant l'épidémie dans l'est de la France et ceux narrant son développement à l'échelle du pays.

126 Cf. Tableau 1, p. 109.

127 « La poliomyélite », *Le Journal des Débats*, (03/10/1932).

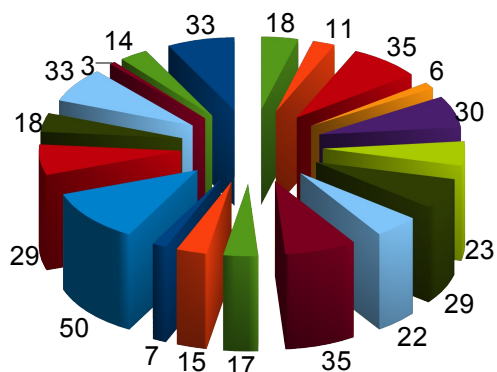
128 Cf. Tableau 1, p. 109.



D'après ce graphique, 19 journaux ont rapporté l'épidémie au sein de ses lignes soit plus de la moitié des journaux consultés. C'est le journal *Le Matin* qui détient le nombre le plus élevé avec 22 articles et le nombre le plus bas est partagé par quatre journaux, *Comoedia*, *La Croix*, *L'Humanité* et *Le Radical* avec seulement un article. Au total, 166 articles ont informé sur les évolutions de la poliomyélite, consignant la plupart du temps le nombre de nouveau cas constatés et faisant état des moyens mis en œuvre pour contrer la maladie. Ce qui est intéressant d'observer, est que ce total de 166 articles représentent quasiment 20 % de tous les articles que nous avons consulté, dans les 30 journaux étudiés, lors de la période 1900/1950, ce qui révèle la puissance et l'ampleur de l'infection, mais surtout l'intérêt que cela représentait pour les lecteurs, et nous pouvons penser que dans ce cas, l'inquiétude était de mise dans la population française.

La répartition de l'épidémie de l'est en 1930 dans les journaux français

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| ■ Action Française (L') | ■ Auta (L') |
| ■ Ce Soir | ■ Comoedia |
| ■ Croix (La) | ■ Echo d'Alger (L') |
| ■ Figaro (Le) | ■ Gaulois (Le) |
| ■ Gil Blas | ■ Grand'Goule (La) |
| ■ Homme-Libre (L') | ■ Humanité (L') |
| ■ Journal (Le) | ■ Journal des Débats (Le) |
| ■ Lanterne (La) | ■ Matin (Le) |
| ■ Ouest-Eclair Caen (L') | ■ Ouest-Eclair Nantes (L') |
| ■ Ouest-Eclair Rennes (L') | ■ Paris Soir |
| ■ Petit Journal (Le) | ■ Petit Parisien (Le) |
| ■ Populaire (Le) | ■ Presse (La) |
| ■ Province Médicale (La) | ■ Radical (Le) |
| ■ Rappel (Le) | ■ Temps (Le) |
| ■ Tribune Juive | ■ XIXe Siècle |



Avec ce diagramme, nous observons le pourcentage que représentent les articles de l'épidémie de l'est par rapport au nombre total d'articles que nous avons répertorié. Ce procédé peut paraître assez trivial, mais c'est une méthode idéale afin de repérer l'impact que la poliomyélite a procuré. Par exemple, pour le journal *Le Matin*, l'épidémie de 1930 représente 17 % du total des articles rapportant la poliomyélite sur la période 1900/1950, ce qui est loin d'être négligeable. Lorsque nous observons le journal *l'Humanité*, 50 % des articles se portent sur ce phénomène ! Bien entendu, il faut savoir raison garder car tous les journaux ne possèdent pas le même nombre d'articles mais cela participe à l'analyse globale car ce diagramme permet de répercuter l'incidence et l'amplitude que l'infection a pris dans les pages de la presse française.

Cependant, comptabiliser les articles ne suffit pas pour appréhender dans sa globalité cette épidémie. Pour cela, il faut se plonger au cœur des lignes de la presse et dessiner dans un premier temps une chronologie du développement infectieux.

2. Le déroulement chronologique

Bien que débutant au mois de Juin¹²⁹, ce n'est qu'à partir de Juillet que les journaux français commencèrent à mentionner les apparitions de poliomyélite. Il est important de suivre au jour le jour cette épidémie pour apprécier à la fois son caractère violent mais également sa retranscription par les différents quotidiens.

Juillet

La première mention de cette épidémie énorme, tant par son nombre que par son étendue géographique, est à retrouver dans le journal *Le Petit Journal* en date du 8 Juillet 1930¹³⁰. La deuxième évocation vient des journaux *Le Temps*¹³¹ et *Le Matin*¹³² en date du 9 Juillet 1930, puis *Le Journal* du 10 Juillet 1930, les journaux *Ouest-Eclair* de Rennes, Caen et de Nantes¹³³ tous les trois datés du 11 juillet 1930, et enfin *Le Radical*¹³⁴ du 13 Juillet 1930. Après, la plupart des autres quotidiens prennent pour date celle du 20 Juillet 1930 pour amorcer le commencement du récit de l'épidémie du Bas-Rhin.

À ces débuts, 54 cas de poliomyélite sont signalés dans la ville de Strasbourg. Plusieurs cas mortels ont été constatés les deux dernières semaines, ce qui implique qu'elle a démarré bien plus tôt que le premier commentaire journalistique l'indique. L'épidémie semble se concentrer dans la région du nord-est, principalement dans le département du Bas-Rhin. Ce sont essentiellement des cas groupés et nous pouvons raisonnablement penser que les enfants sont les victimes principales de la maladie car leurs réunions sont à éviter par précaution¹³⁵, mais surtout 32 enfants sont soignés à la clinique de Strasbourg. À partir du 13 juillet, le préfet décrète la fermeture des écoles primaires et secondaires dans toute la ville ainsi que dans les communes où des cas sporadiques sont signalés. Le 18 Juillet, le préfet persévère dans son action et ordonne la fermeture et la désinfection de toute école dans laquelle un cas de poliomyélite viendrait à se produire. En l'espace de 10 jours, des mesures sanitaires (fermeture des écoles et désinfection) ont été prises par l'autorité publique (le préfet). Cela montre la volonté de répondre rapidement à cette épidémie pour ne pas laisser la situation dégénérer.

129 G. Levaditi, E. Schmutz, L. Willemin, « Etude de l'épidémie de poliomyélite du département du Bas-Rhin », *Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n°1 (1931), p. 234.

130 « Une épidémie de poliomyélite à Strasbourg et dans le Bas-Rhin », *Le Petit Journal* (08/07/1930).

131 « Informations », *Le Temps* (09/07/1930).

132 « Les cas de poliomyélite dans le Bas-Rhin », *Le Matin* (09/07/1930).

133 « A Strasbourg, une maladie sévit sur les enfants », *Ouest-Eclair Rennes, Ouest-Eclair Caen, Ouest-Eclair Nantes* (11/07/1930).

134 « Les faits de la semaine », *Le Radical* (13/07/1930).

135 « Une épidémie de poliomyélite », *Le Temps*, (13/07/1930).

À partir du 20 juillet, la quasi totalité des articles de cette date relate l'envoi du docteur Jules Renault dans les départements du Bas-Rhin et de la Moselle à la demande du ministre de la Santé Publique, Désiré Ferry, comme conseiller technique du ministère afin de prendre avec les autorités locales les mesures « propres à enrayer l'épidémie de poliomyélite qui sévit dans ces départements »¹³⁶. Dans le Haut-Rhin, la polio progresse avec un total de cinquante trois enfants malades et quarante-huit communes atteintes.¹³⁷ Le 22 Juillet, deux nouvelles communes sont atteintes de poliomyélite dans l'arrondissement d'Haguenau à Strasbourg¹³⁸. D'ailleurs, un soldat du 12e régiment est décédé des suites de la maladie. Le lendemain, quelques cas sont constatés en Moselle et deux militaires sont hospitalisés. Dans ce département, les écoles ne sont pas fermées à l'exception de quelques communes rurales¹³⁹. À Strasbourg, la situation se détériore vélocement avec 7 nouveaux cas en quarante-huit heures. Une rumeur se propage comme quoi l'épidémie est due à la garnison militaire de Strasbourg¹⁴⁰. Le 24 juillet, le Bas-Rhin totalise 183 cas. Une mission scientifique de l'institut Pasteur doit arriver dans la capitale du département pour étudier la situation. Celle-ci est constituée des professeurs Levaditi, Rhomer, Schumtz, Petit et du docteur Renault. Diverses mesures ont été prescrites pour l'isolement des malades et une importante provision de sérum anti-poliomyélite a été envoyée dans les départements concernés. De plus, une dotation financière est attribuée au préfet du Bas-Rhin pour combattre la maladie¹⁴¹. Le 27 au matin, un total de 24 nouveaux cas est constaté au cours des cinq derniers jours, soit un total de 210 cas pour les cinq dernières semaines, ce qui ramène le début de l'épidémie au milieu du mois de Juin 1930. 62 communes du Bas-Rhin sont touchées sur les 561 qu'il contient¹⁴².

Le 31 juillet, plusieurs actions ont été prises et des constatations sont à faire. Tout d'abord, les colonies sont interdites dans les départements fortement touchés par la poliomyélite, à savoir le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle¹⁴³, et les fêtes locales le sont également pour éviter le regroupement des foules. Ensuite, neuf nouveaux cas se sont déclarés en un jour seulement. Par conséquent, la maladie continue sa marche forcée sans ralentir, surtout qu'il semblerait que les adultes soient maintenant atteints¹⁴⁴. À cette date, 255 cas de poliomyélite ont été signalés. La mortalité ne dépasse pas 10 pour cent des cas et quatre localités n'ont pas encore été contaminées¹⁴⁵.

136 « Informations », *Le Temps* (21/07/1930).

137 « L'épidémie de poliomyélite en Alsace », *Ouest-Eclair Rennes* (20/07/1930).

138 « Deux nouvelles communes sont atteintes de poliomyélite », *Le Matin* (22/07/1930).

139 « L'épidémie de poliomyélite dans l'est », *Le Matin* (23/07/1930).

140 « La poliomyélite », *L'Action Française* (23/07/1930).

141 « Une mission sanitaire s'efforce de combattre l'épidémie de poliomyélite en Alsace », *Le Figaro* (26/07/1930).

142 « La poliomyélite », *L'Echo d'Alger* (27/07/1930).

143 « Colonies scolaires », *Le Matin* (31/07/1930).

144 « L'épidémie se propage », *Ouest-Eclair Rennes* (31/07/1930).

145 « L'épidémie de la poliomyélite », *Le Petit Journal* (02/08/1930).

Août

Au premier Août, l'épidémie ne semble pas à son point culminant : neuf nouveaux cas se sont déclarés, quatre à Strasbourg et cinq dans la banlieue proche¹⁴⁶. 70 communes sont atteintes sur les 561 et un total de 234 cas est à enregistrer dans le Bas-Rhin et 54 dans le Haut-Rhin¹⁴⁷. Un certain nombre d'actions ont été entreprises dans le but de contrer la propagation de la maladie et de venir en aide au malade (c'est dans ce cadre que la mission scientifique a été envoyée) :

- ◆ Isolement des malades soit à domicile soit dans les hôpitaux.
- ◆ désinfection systématique après la guérison des malades ou leur transfert à l'hôpital.
- ◆ Suppression des rassemblements d'enfants.
- ◆ Fermeture des consultations de nourrissons.
- ◆ Visite médicale attentive des enfants de ces régions devant participer aux camps et colonies de vacances.
- ◆ Eviter l'envoi des enfants dans les colonies des régions où des cas de poliomyélites ont été constatés¹⁴⁸.

Le 3 Août, la situation semble stationnaire : dans l'ensemble du Bas-Rhin, cinq nouveaux cas sont à signaler dont un à Strasbourg, ce qui est une légère baisse du nombre de victimes quotidiennes¹⁴⁹ dans ce département. Du côté du Haut-Rhin, le nombre de malades s'élèvent à 55 cas et 44 pour la Moselle¹⁵⁰ (quelques nouveaux cas viennent s'ajouter à ce total le lendemain). Trois jours plus tard, plusieurs journaux indiquent que les nouveaux cas de poliomyélite sont de plus en plus rares et de plus en plus isolés, à Strasbourg, au sein du département, et plus généralement, dans toute l'Alsace¹⁵¹.

En Moselle, 33 communes sur 764¹⁵² sont atteintes mais les manifestations de la maladie sont éparées et esseulées : un cas à Berstett ; un à Strasbourg (un enfant de huit mois) ; quatre dans toute la Moselle et quatre à Nancy¹⁵³. La situation semble donc s'améliorer. Après huit semaines d'épidémie, 269 cas sont constatés dans le Bas-Rhin et 77 communes atteintes sur 561¹⁵⁴. A la date

146 « L'épidémie se propage », *Ouest-Eclair Caen* (01/08/1930).

147 « La poliomyélite en Alsace », *Le Journal des Débats* (01/08/1930).

148 « Mesures prises contre l'épidémie de poliomyélite dans le Bas-Rhin et la Moselle », *Le Matin* (01/08/1930).

149 « L'épidémie de poliomyélite », *Le Petit Journal* (03/08/1930).

150 « 5 nouveau cas de poliomyélite », *Ouest-Eclair Rennes* (03/08/1930).

151 « L'épidémie de poliomyélite », *Le Journal des Débats* (07/08/1930).

152 « L'épidémie de poliomyélite », *Le Matin* (04/08/1930).

153 « L'épidémie de poliomyélite va en diminuant », *L'Homme-Libre* (06/08/1930).

154 « L'épidémie de poliomyélite est en décroissance », *Le Populaire* (07/08/1930).

du 9 Août, l'épidémie de poliomyélite dans l'est semble avoir atteint son maximum, ce qui, par conséquent, amène le temps de la régression : aucun cas signalé dans les dernières 24 heures que ce soit à Strasbourg ou dans tout le département.¹⁵⁵.

Septembre

Au mois de septembre, l'épidémie semble enfin disparaître. Au 1er septembre, l'état sanitaire de la région ne relève aucun nouveau cas de poliomyélite dans le département d'Alsace et de Lorraine¹⁵⁶. Nous pouvons nous poser la question de savoir si cette information est véritable ou si elle semble répondre à un objectif commercial étant donné que cette région frontalière est un lieu important de tourisme. Il semblerait tout de même qu'elle soit correcte puisque l'autorisation accordée par le préfet de la tenue des fêtes et foires de village¹⁵⁷.

Du 1er au 24 septembre 28 nouveaux cas seulement ont été constatés pour le département du Bas-Rhin. Cette information est à prendre avec recul car le journal *Le Matin* fait état de 36 cas entre le premier et le 20 septembre seulement pour la ville de Strasbourg¹⁵⁸. La régression est certaine avec seulement quelques cas isolés.

Le mois de Septembre passé, nous ne retrouvons plus d'articles suivant l'épidémie de l'est car celle-ci est terminée. Cela ne veut pas dire qu'elle a totalement disparue au sein du territoire français, mais nous y reviendrons ultérieurement. Comme nous avons pu l'apprécier, la poliomyélite s'est répandue très vite, occasionnant des victimes quasiment tous les jours. Si elle a entravé la vie civile, elle a aussi empoisonné le domaine militaire.

3. Les manœuvres militaires

Lors de l'épidémie de poliomyélite en 1930, des grandes manœuvres étaient prévues en Lorraine, épice de la maladie. Ce que l'on nomme grandes manœuvres désignent un ensemble d'exercices militaires concernant des effectifs importants dans l'intention de les entraîner à une guerre éventuelle. Ces exercices sont l'occasion à la fois d'éprouver l'entraînement des troupes et des états-majors, de tester le nouveau matériel et également de montrer et d'affirmer la puissance de la force militaire.

155 « Dernières nouvelles », *Le Temps* (09/08/1930).

156 « Le tourisme en Alsace et en Lorraine », *Le Journal des Débats* (01/09/1930).

157 « La poliomyélite a presque complètement disparu dans le Bas-Rhin », *Le Matin* (06/09/1930).

158 « La poliomyélite dans le Bas-Rhin », *Le Matin* (05/10/1930).

Les grandes manœuvres de l'est étaient prévues début Septembre : du trois au six pour la première phase, puis après une période de repos de 24 heures, une deuxième de période trois jours. Mais, compte tenu de la violence de l'épidémie, un article du 14 Août 1930 se demandait si la convocation des réservistes pour les manœuvres en Alsace-Lorraine ne serait pas potentiellement un foyer de germes qu'ils ramèneraient à leurs enfants¹⁵⁹. Suite à la propagation de cette idée de foyer éventuel, des rumeurs ont commencé à circuler sur l'annulation des manœuvres. D'ailleurs, il est dit dans un article du *Journal des Débats* daté du 03/08/1930, qu'elles étaient supprimées à cause de la maladie ravageant cette partie de la France¹⁶⁰, annonce reprise dans les *Echos d'Alger*¹⁶¹. Pour couper court à toutes allégations, André Maginot, ministre de la Guerre de l'époque, démentit fortement l'annulation de ces manœuvres¹⁶².

En réalité, le ministre de la Guerre a diminué l'ampleur des opérations, les a limités dans l'espace et a réduit les effectifs engagés¹⁶³. Ainsi, un plan de concentration de troupes de 50 000 hommes a dû être modifié¹⁶⁴, des formations ont été remplacées dans des lieux où la poliomyélite avait été signalée¹⁶⁵ et des régiments n'ont pas été autorisés à se déplacer¹⁶⁶. Ces manœuvres de l'est ont fait l'objet de beaucoup d'articles dans différents journaux français, ce qui atteste à la fois de l'importance du dispositif déployé mais également de l'inquiétude vis à vis de la menace poliomyélitique et de sa prolifération. D'ailleurs, certains ont vu dans la maladie une excuse au rapatriement des troupes de Lorraine (« la polio a bon dos »)¹⁶⁷. D'autres, ont vivement critiqué ces exercices militaires qui n'étaient qu'une parade militaire ridicule pour « défier le Reich et la polio »¹⁶⁸.

Il n'empêche que ces manœuvres se sont déroulées sans incident et de manière contrôlée. Nous n'avons trouvé aucun élément allant dans le sens contraire. Infectant la population et paralysant les exercices militaires, la poliomyélite a grandement compliqué et inquiété la vie de l'est de la France. Une fois terminée, un bilan doit être tiré.

159 « Les manœuvres en Alsace-Lorraine et la poliomyélite », *Le Populaire* (14/08/1930).

160 « La poliomyélite », *Le Journal des Débats* (03/08/1930).

161 « Les manœuvres dans la région de Metz sont supprimées », *L'Echo d'Alger* (03/08/1930).

162 « Maginot n'a peur de rien », *Le Populaire* (15/08/1930).

163 « Les grandes manœuvres de Lorraine », *Le Figaro* (08/09/1930).

164 « Ce que seront les grandes manœuvres de Lorraine », *Le Petit Journal* (02/09/1930).

165 « Avec les dragons portés », *Le Petit Journal* (06/09/1930).

166 « Un convoi camouflé de branchages pour échapper aux vues des avions », *Le Petit Journal* (09/09/1930).

167 « Réflexion sur les malades de Lorraine », *L'Action Française* (25/09/1930).

168 « Derrière le rideau des parades militaires », *Le Populaire* (18/08/1930).

4. Le bilan chiffré

Pour le département du Bas-Rhin, cette épidémie a eu une gravité exceptionnelle : sur 670 000 habitants, 405 cas typiques ont été enregistrés soit 60,3 cas pour 100 000 habitants¹⁶⁹. Sur 125 communes atteintes, 96 ont seulement présenté un cas, ce qui focalise le noyau de l'épidémie dans seulement 29 communes. La population des communes atteintes représente 55 % de la population totale du département et Strasbourg mis à part, 35 % seulement de la population totale. Le taux de la morbidité est de 79,6 cas pour 100 000 habitants dans l'agglomération strasbourgeoise, 249 dans le reste du département¹⁷⁰. Ainsi, ce taux de morbidité est plus de trois fois supérieur au sein du département dans sa totalité que dans la ville de Strasbourg, même si cette dernière est un point central de l'épidémie. Le mois de Juillet fut le plus pénible puisqu'on enregistra 220 cas. 125 communes sur 561 que comportent le département furent touchées, dont 29 très gravement.

Concernant les autres départements français de l'est de la France, le Haut-Rhin cumule au total 58 victimes, et la Moselle 84¹⁷¹. Cependant, nous n'avons pas plus de détails concernant les différentes catégories d'âge touchées par la poliomyélite, seulement le nombre total de personnes touchées. Les différentes études menées par des chercheurs et médecins se sont concentrées uniquement sur le département de Bas-Rhin, laissant de côté ces voisins car moins atteints par la maladie. Par conséquent, nous ne pouvons fournir que le chiffre de 547 victimes cumulées pour l'ensemble de ces trois départements, sans pouvoir préciser davantage. Quoi qu'il en soit, nous savons par les chiffres donnés dans notre première partie¹⁷² que les enfants ont été les victimes exclusives concernant le département du Bas-Rhin et nous pouvons supposer qu'ils ont été majoritairement atteints pour les deux autres départements cités précédemment.

Les premiers cas sont apparus sporadiquement et certains villages, pourtant proches de ceux où la maladie était répandue, sont restés indemnes vis à vis de la maladie. L'extension de l'épidémie s'est faite d'abord dans la région bordant la gauche du Rhin et du nord au sud, soit à l'encontre du courant du fleuve et de la nappe souterraine. Dans une deuxième phase, les cas se sont échelonnés dans la direction Est-Ouest de la plaine dans la montagne en remontant les actions du Rhin. À mesure que l'épidémie s'étendait, les premiers foyers s'éteignaient progressivement ce qui signifie,

169 Constantin Levaditi, C. Kling, Pierre Lépine, « Nouvelles recherches expérimentales sur la transmission de la poliomyélite par la voie digestive. Action du chlore sur le virus poliomyélite », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, série 3 (1931), p. 195.

170 Comte rendu de E. Schmutz, « Le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin en été 1930 », *Strasbourg Médical*, tome XCI, n°24 (1931) dans Robert Clément, « Strasbourg Médical », *La Presse Médicale*, n°10 (1932), p. 29.

171 Cf. Tableau 2, p. 110.

172 Cf. Première partie, chapitre III, p. 33.

topographiquement parlant, que la poliomyélite ne revient pas en arrière. La maladie semble avoir eu une prédilection pour les localités situées soit dans la plaine qui longe le Rhin soit le long des rives de certains affluents. Enfin, elle s'est attaquée de préférence aux agglomérations humaines vivant à l'orée des bois et des forêts, n'atteignant que difficilement les régions de haute altitude¹⁷³. Chaque fois qu'une enquête a pu être effectuée, elle a permis d'établir la possibilité d'une transmission du virus par contact inter-humain (malades ou porteurs de germes). En aucune occasion l'hypothèse de la propagation de la maladie par l'intermédiaire de l'eau de boisson ou des aliments ne s'est imposée d'une manière exclusive malgré le fait que cela reste une possibilité¹⁷⁴.

L'épidémie de l'est de la France a été une véritable menace pour ses habitants. Son ampleur se mesure par le nombre d'articles reprenant son développement : elle fut commentée et relayée quotidiennement au sein des journaux français, preuve de l'inquiétude qu'elle a provoquée, non seulement sur cette portion territoriale mais également dans tous le pays. Touchant la population civile, elle a également semé des troubles au sein de l'armée, engendrant une organisation nouvelle pour la tenue de manœuvres militaires. Au total, 547 cas ont été observés, pour un taux de mortalité d'environ 10%, en quasi exclusivité chez les enfants. Cantonnée à cette partie de la France, la poliomyélite a toutefois migré pour se répandre sur tout le paysage francilien.

173 Compte rendu de Rohmer, Meyer, Philizot, Tassovatch, Vallette, Willemin, « L'épidémie de poliomyélite en Alsace en 1930 », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°19 (1931), p. 368 dans Robert Clément, « Strasbourg Médical », *La Presse Médicale*, n°10 (1932), p. 29.

174 « Les maladies épidémiques en 1930 », *La Croix* (16/12/1931).

Chapitre V : Dans le reste de la France

En mettant de côté l'épidémie de l'est en 1930, le territoire français a connu tout au long de la première moitié du XXe siècle son lot de manifestations poliomyélitiques. La maladie apparaît régulièrement à travers cette période, se manifestant un peu partout dans l'ensemble du pays. La question est de savoir si ces apparitions se déroulent de manière aléatoire ou bien si cela suit un schéma de contamination spécifique. Pour cela, nous devons dans un premier temps suivre les répercussions de l'épidémie de l'est, qui s'est répandue dans tout le pays (1). puis, dans un second temps, analyser les autres épidémies retransmises par les journaux afin de constater ou non une certaine accointance régionale ainsi que d'évaluer l'ampleur de leurs apparitions (2).

1. La prolifération à l'échelle nationale de l'épidémie de l'est en 1930.

Démarrée en Allemagne puis étendue dans l'est de la France, plus particulièrement dans le département du Bas-Rhin, la poliomyélite a quitté progressivement ce territoire pour s'insérer dans les différentes régions du territoire français.

Le déroulement chronologique

Dès le 6 Août 1930 des journaux signalaient la présence de la poliomyélite dans la Marne, plus précisément à Sainte Suzanne¹⁷⁵. Plusieurs articles la signalaient à Revigny-sur-Ornain dans la Meuse¹⁷⁶ à la date du 10 Août ou deux cas étaient déclarés. Ces deux départements sont géographiquement proches des foyers épidémiques de l'est de la France, et il n'apparaît pas anormal qu'ils soient atteints en premier. À la même date, les journaux *l'Echo d'Alger* et *Le Journal* indiquaient sa présence dans les Ardennes, plus précisément dans la ville de Sedan avec quatre cas. *Le Petit Journal* ajoute pour sa part la ville de Bar-le-Duc, ce qui paraît une fois de plus cohérent étant donné qu'elle était déjà constatée dans la Meuse.

Mais la poliomyélite ne va pas s'arrêter aux régions géographiquement voisines car elle va rapidement se déployer à l'échelle du territoire. C'est dans les colonnes du journal *Le Matin* que nous apprenons les zones et villes infectées : la ville de Lyon¹⁷⁷, le département de la Seine¹⁷⁸, la

175 « L'épidémie de poliomyélite va en diminuant », *L'Homme-Libre* (06/08/1930).

176 « Dernières nouvelles », *Le Temps* (12/08/1930).

177 « L'épidémie de poliomyélite », *Le Matin* (14/08/1930).

178 « 12 cas de poliomyélite à Paris et dans le département de la Seine », *Le Matin* (15/08/1930).

ville de Paris et la région parisienne¹⁷⁹, à Douai dans le nord¹⁸⁰, mais également dans le département de l'Eure¹⁸¹. La plupart de ces lieux ne vont pas voir la poliomyélite se répandre sous forme épidémique, mais plutôt se présenter sous la forme de quelques cas isolés comme nous l'indique un article du *Temps* ou seulement quelques cas de poliomyélite sont constatés dans le département du Maine-et-Loire¹⁸², ce qui ne suffit pas à caractériser une épidémie. Ce dernier exemple est assez révélateur des apparitions de poliomyélite qui se déclaraient dans les départements français autres que ceux de l'est.

C'est au mois de Septembre que la poliomyélite apparaît dans la région sarthoise. Dès le premier, pas moins de sept journaux relataient l'émergence de la maladie¹⁸³. Au total 19 cas constatés dont trois morts. C'est aussi lors du mois de septembre que la Bretagne fut touchée pour la première fois avec quelques cas à Lorient dans le Morbihan, ainsi que le Territoire-de-Belfort pourtant plus proche du foyer infectieux. À la fin du mois, c'est la ville de Saint-Étienne qui déclarait un cas de poliomyélite. Les dernières traces de l'épidémie sont données par le journal *Le Matin* avec plusieurs cas constatés à Alençon dans leur mois de Décembre. C'est un article du *Figaro* daté du 22 octobre 1930 qui répertorie neuf départements où la maladie a été observée, à savoir le Territoire-de-Belfort, Calvados, Charente-Maritime, Côtes-du-Nord, Gard, Loire, Loiret, Haute- Marne, Meurthe-et-Moselle. Nous pouvons donc observer que la maladie a touché un certain nombre de départements français et il serait judicieux d'analyser sa répartition géographique.

La répartition géographique

Pour apprécier dans le détail les différentes zones où la poliomyélite se manifestait, nous avons référencé dans une carte de France tous les départements où la poliomyélite s'est déclarée selon les sources journalistiques.

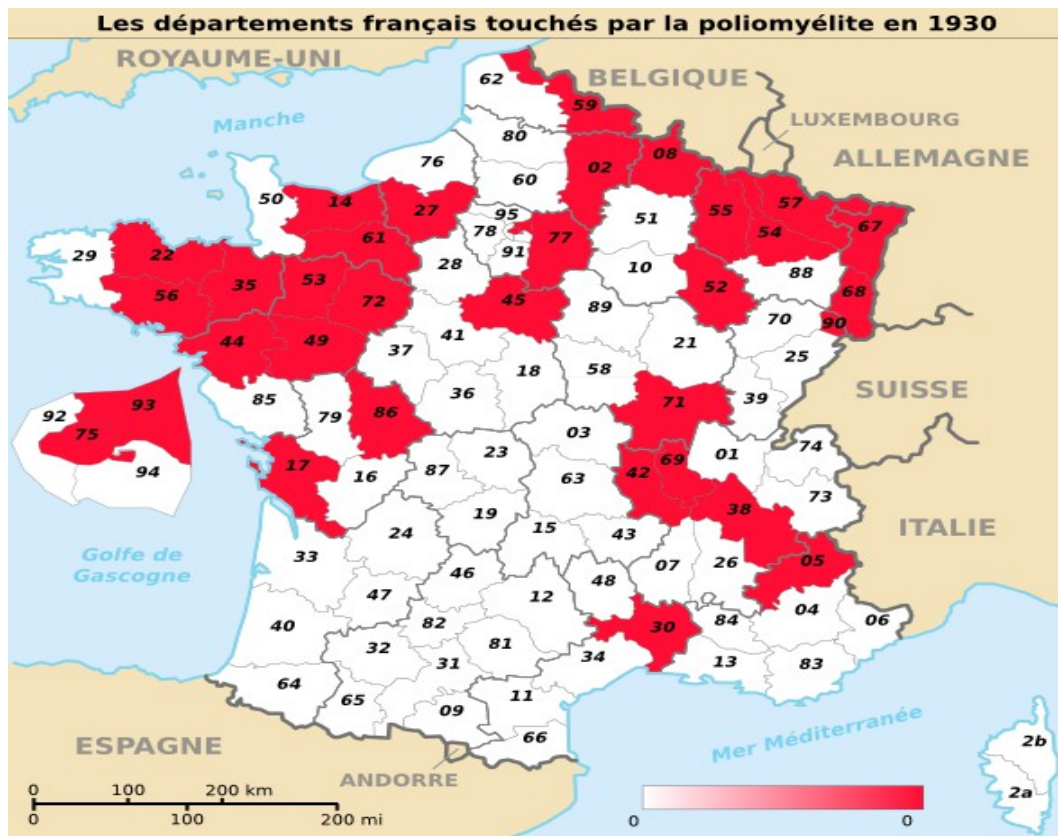
179 « Il y a quelques cas isolés de poliomyélite dans la région parisienne mais pas d'épidémie », *Le Matin* (21/08/1930).

180 « Un cas mortel de poliomyélite dans le Nord », *Le Matin* (24/08/1930).

181 « Deux cas de poliomyélite dans l'Eure », *Le Matin* (29/08/1930).

182 « Informations », *Le Temps* (30/08/1930).

183 À savoir : *Le Matin* ; *L'Ouest-Eclair Caen* ; *Le Journal* ; *La Croix* ; *Paris-Soir* ; *Le Populaire* et *L'Homme-Libre*.



En regardant cette carte, nous nous rendons compte que la maladie (une fois la partie de l'est mise de côté) s'est étendue dans le nord de la France, dans la région parisienne et ses alentours, dans le sud-est mais de manière clairsemée et surtout dans la région nord-ouest, soit en Bretagne. Toute la partie sud-ouest semble avoir été épargnée par la maladie, de même que le littoral méditerranéen mis à part le département du Gard. Le centre de la France paraît également indemne si nous nous limitons à la frontière de la région Rhône-Alpes, zone géographique où la polio a proliféré.

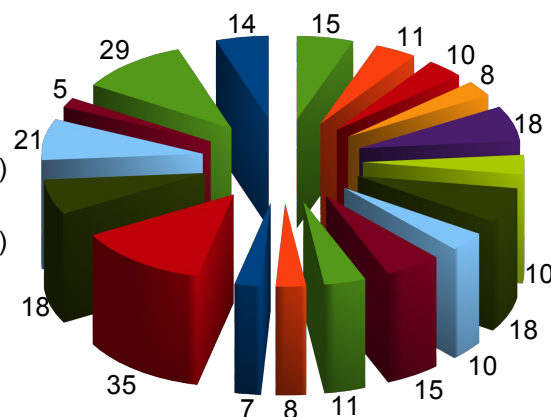
Au total, nous avons comptabilisé 32 départements affectés par la maladie suite à l'épidémie de l'Est en 1930, bien que l'Académie de médecine en dénombre seulement 17¹⁸⁴. Au niveau du bilan comptable, il nous est difficile de l'établir avec les chiffres que nous avons trouvés au sein des articles de presse. En effet, ces données sont trop disparates et irrégulièrement révélées. Malgré tout, grâce à un article du journal *La Croix* daté de 1931¹⁸⁵ inventariant toutes les maladies épidémiques que la France a connu en 1930, nous pouvons divulguer des chiffres détaillés pour la poliomyélite : ainsi, le Territoire-de-Belfort a déclaré 21 cas ; les Ardennes 14 cas ; la Saône-et-Loire 13 cas, l'Aisne 16 cas ; l'Isère 23 cas ; la Seine 71 cas ; le Maine-et-Loire 121 cas et le Calvados 26 cas. Tous les départements que nous avons catalogués ne sont pas identifiés mais ces données nous fournissent des chiffres précis, ce qui n'est pas le cas de notre tableau.

184 « Académie de médecine », *Le Figaro* (19/11/1930).

185 « Les maladies épidémiques en 1930 », *La Croix* (16/12/1931).

Le bilan

La répartition de l'épidémie de 1930 dans les journaux français



Avec ce diagramme, nous pouvons apprécier la répartition de l'épidémie de 1930 hors de la partie est de la France. Sur les 30 journaux que nous avons explorés, 18 mentionnent et informent sur les autres localités touchées par la poliomyélite, soit plus de la moitié. Nous remarquons que c'est dans le journal *l'Homme-Libre* que le nombre maximal est atteint avec 35 mentions et le minimum est de cinq mentions avec le journal *La Croix*. Dans l'ensemble, les résultats obtenus sont plus ou moins identiques et gravitent aux alentours des 10 mentions.

Au total 1534 cas de poliomyélite ont été déclarés en France en 1930, dont 1041 rien que pour le troisième trimestre, soit la période où l'épidémie se proclama. Il est intéressant de noter que selon cet article, ces chiffres sont certainement sous-estimés et au-dessous de la réalité, ce qui démontre la virulence de la poliomyélite¹⁸⁶.

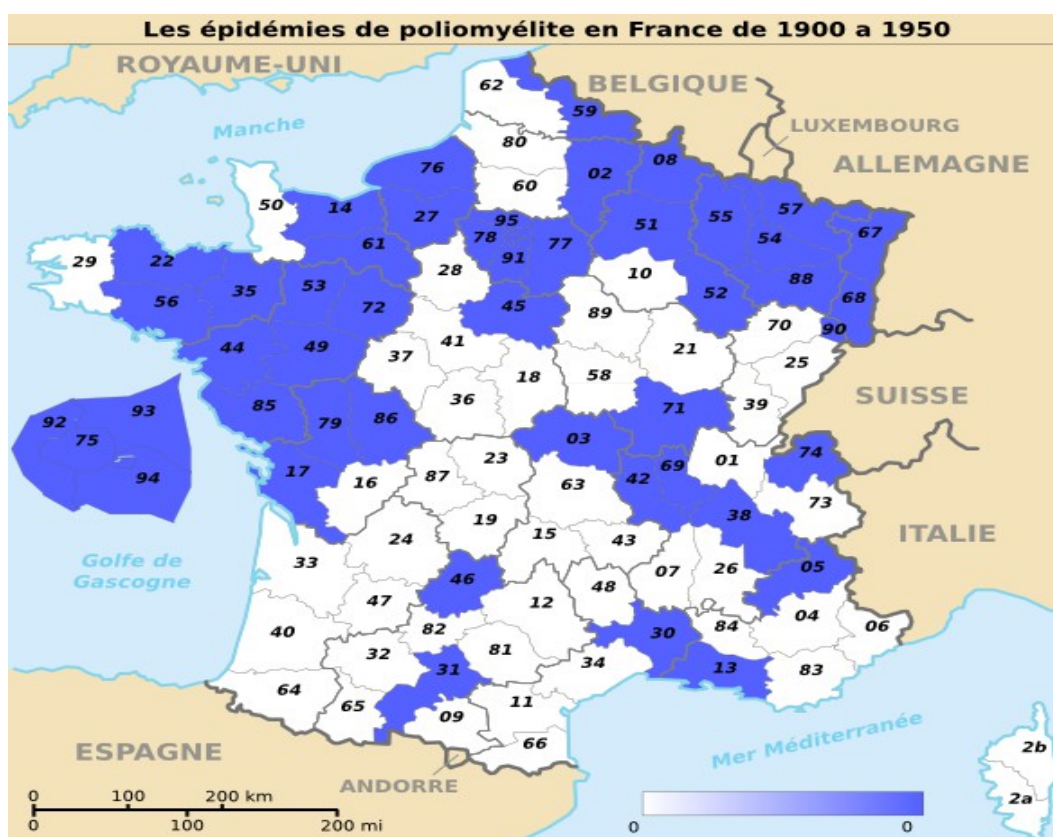
2. Les autres manifestations poliomyélitiques en France

Mis à part l'année 1930, la France a connu d'autres apparitions poliomyélitiques sur son territoire. Comme pour l'épidémie de 1930, nous avons réalisé une carte de France pour la période

¹⁸⁶ « Les maladies épidémiques en 1930 », *La Croix* (16/12/1931).

1900/1950 où les départements qui ont vu proliférer la poliomyélite sont mis en évidence, afin d'avoir une vision globale de son développement sur tout notre terrain géographique d'étude.

Au total, 47 départements ont subi la maladie au cours des 50 premières années du XX^e siècle, ce qui représente quasiment la moitié du nombre des départements français. Nous apercevons sur cette carte que la moitié nord du pays a été le plus touché alors que la moitié sud présente bien moins de départements atteints, et si l'on ne tient pas compte de la région lyonnaise. Alors, il ne reste que quelques départements où la maladie a frappé, laissant le littoral méditerranéen et surtout la côte ouest relativement intacte.



Les premières épidémies

La première fois que la presse en mentionne une en France date de 1909 dans le rapport de Netter sur les pays où la paralysie infantile avait frappé¹⁸⁷. Les 30 premières années du XX^e siècle ne sont guère prolifiques : mis à part l'année 1909, seulement trois années livrent des traces de la maladie, en 1921 ; 1928 ; 1929¹⁸⁸. Lors de ces années, c'est la même localité qui est incriminée, à

187 « La paralysie infantile », *Le Rappel* (27/06/1910).

188 Cf. Tableau 2, p. 110.

savoir la région parisienne, pour un total de 30 cas observés, dont 17 en 1928¹⁸⁹.

C'est à partir de l'épidémie de 1930 que les articles sur la poliomyélite se sont multipliés : 74 en 1931 et 47 en 1932. Ce sont les départements des Deux-Sèvres, de la Haute-Savoie, du Rhône, de la Seine-Saint-Denis et de la Vendée qui ont été touchés en 1931. Mais, mis à part pour la Vendée, les chiffres rapportés ne sont pas assez élevés pour caractériser une épidémie puisqu'il s'agit à chaque fois de quelques cas sporadiques et isolés, dont la gestion fut maîtrisée rapidement par les autorités compétentes¹⁹⁰. Concernant la Vendée¹⁹¹, la poliomyélite a touché huit communes pour un total de 11 cas, sept enfants et quatre adultes¹⁹². Pourtant, le nombre d'articles est le second plus élevé de notre recensement après l'année précédente, mais il s'avère clair que l'année 1931 n'a pas vu d'épidémie de poliomyélite sur le territoire français, alors pourquoi autant d'articles ? D'après nos recherches, ce nombre s'explique par le fait de la multiplication d'articles médicaux qui transmettent à la fois les résultats des études portant sur l'épidémie de l'est, mais également sur la nature de la poliomyélite dans le but de faire connaître la maladie au plus grand nombre.

Quant à l'année 1932, nous avons trouvé une seule mention de déclaration poliomyélitique en Loire-Atlantique, plus précisément dans la ville de Nantes. Mis à part cela, aucune autre zone géographique ne semble avoir été contaminée. Pourtant cette année dispose de 47 articles, ce qui en fait une année les plus prolifiques au niveau journalistique dans notre tableau récapitulatif¹⁹³. Encore une fois l'explication est la même que pour l'année 1931 : il y a beaucoup d'articles pour diffuser la nature de la maladie, ses découvertes et ses moyens de lutte. Cela étant dit, nous avons décelé quelques articles prenant la défense des stations climatiques, situées dans le sud-ouest de la France, car une rumeur s'était propagée selon laquelle ces lieux seraient infestés par la poliomyélite. L'autorité publique a diligenter une enquête¹⁹⁴ dont les aboutissements conclus que la maladie ne s'y répandait pas. Pourtant, le ministre de la santé a tenu à informer l'opinion publique que premièrement la poliomyélite ne se trouvait bel et bien pas dans la région du sud-ouest¹⁹⁵ et, secondement, il dénonçait cette propagande tendancieuse afin d'informer l'opinion publique¹⁹⁶. D'ailleurs, le préfet de la Charente-Inférieure¹⁹⁷, c'est à dire un département directement mis en cause par la rumeur, a lui aussi communiqué qu'il était inexact que des cas de polio avaient été constatés dans le département. En tout et pour tout l'année 1932 aurait développé 64 cas de

189 « Les maladies épidémiques en 1930 », *La Croix* (16/12/1931).

190 « La poliomyélite », *L'Homme-Libre* (24/08/1931).

191 « La poliomyélite en Vendée », *Ouest-Eclair Nantes* (17/09/1932).

192 Trois décès d'enfants a été constatés

193 Cf. Tableau 1, p. 109.

194 « L'état sanitaire de nos stations climatiques est excellent », *Le Matin* (03/08/1932).

195 « La défense de notre station climatique », *Le Temps* (03/08/1932).

196 « La propagande tendancieuse contre nos stations climatiques est dénoncées officiellement », *Le Journal* (03/08/1932).

197 Charente-Maritime aujourd'hui.

poliomyélite pour tout le territoire français¹⁹⁸, mais nous ne les avons pas tous découverts dans le détail.

Les années 1933 et 1934 ne sont pas prolifiques en terme de nombre d'articles (respectivement 18 et 26) malgré quelques apparitions de la maladie dans le Lot à Saint-Hilaire, une nouvelle fois en Vendée à Montaigu, de nouveau en banlieue parisienne où 21 cas étaient observés, et enfin à Toulouse et ses environs. Nous pouvons noter qu'à Saint-Hilaire, sur deux malades, l'un était un enfant et il est décédé.

Le tournant du milieu des années 30

Les années 1935 et 1936 ont été beaucoup plus marquées par l'apparition de la poliomyélite et elles concentrent 144 articles à elles deux. C'est surtout l'année 1935 qui est intéressante à étudier. En effet une nouvelle épidémie de poliomyélite se manifestait en Allemagne¹⁹⁹, une nouvelle fois dans les régions frontalières. Par conséquent la population et l'autorité publique ont cru revivre l'année 1930 une seconde fois. Pour empêcher une nouvelle épidémie sur le territoire français, des mesures énergiques ont été mises en place très rapidement afin d'éviter ce retour. Ainsi, les départements frontaliers ont mis en place des visites médicales aux gares françaises dans le but de détecter les malades et de pouvoir les isoler pour ne pas qu'ils répandent la maladie²⁰⁰. Ces mesures ont du être efficaces car le Bas-Rhin a recensé uniquement deux cas dont la mort d'un enfant de 13 ans²⁰¹ et la Meurthe et Moselle, un seul cas.

Cela étant dit, la poliomyélite s'est tout de même disséminée sur le territoire français puisque la ville de Coulommiers²⁰² et le département des Vosges²⁰³ ont signalé quelques cas épars et quelques morts. Mais le cas le plus parlant est celui des Bouches-du-Rhône. En effet, si les autres départements cités précédemment pouvaient expliquer la présence de la maladie par l'épidémie allemande, son apparition dans les Bouches-du-Rhône ne peut être justifiée via cette justification puisqu'elle s'est déclarée deux mois avant, début Juin. Il y a eu 38 cas sur 800 000 habitants²⁰⁴, ce qui est assez faible. Selon les médecins Violle et Monties²⁰⁵, ce sont les sujets sains qui sont la cause de cette manifestation car en colportant le virus, ils l'ont diffusé et ont entraîné la création de

198 « Quelques statistiques de la préfecture de Police », *Le Matin* (02/04/1933).

199 « la poliomyélite fait des victimes en Allemagne », *Le Matin* (17/08/1935).

200 « Pour empêcher la poliomyélite de pénétrer en France », *Le Matin* (28/08/1935).

201 « Un cas mortel de poliomyélite en Alsace », *Le Matin* (21/09/1935).

202 « Les écoles de Coulommiers sont fermées », *Le Matin* (26/10/1935).

203 « 3 cas de poliomyélite dont 1 mortel dans les Vosges », *Le Matin* (12/12/1935).

204 « Dernière épidémie de poliomyélite dans les Bouches-du-Rhône », *Le Matin* (17/06/1935).

205 H. Violle, G. Monties, « Etude d'une épidémie de poliomyélite dans le département des Bouches-du-Rhône », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°48 (1935), p. 838.

plusieurs foyers infectieux. Pour l'année 1936, encore une fois quelques cas à Paris et ses environs mais également un cas dans le département d'Eure-et-Loire²⁰⁶. Mais une nouvelle fois un démenti du ministère de la santé sur des rumeurs de poliomyélite en Savoie et en Haute Savoie²⁰⁷.

Les années 1937 à 1942 ne sont pas très enrichissantes car nous avons répertorié seulement deux foyers infectieux en 1937 : l'un dans la ville d'Épinal dans les Vosges où plusieurs cas ont été signalés sans qu'il n'y ait de mort et une nouvelle fois dans les départements du Bas-Rhin où également quelques cas ont été constatés dans les communes et les cantons. Tout ce que nous savons c'est que les mesures prophylactiques ont été prises dans ces deux endroits²⁰⁸. Lors de ces années, c'est surtout à l'étranger que la poliomyélite a été aperçue, notamment en Allemagne, en Angleterre ou encore dans les Pays-Bas. Néanmoins, cela ne veut pas dire qu'elle ne s'est pas manifestée sur le territoire français mais nos sources journalistiques ne nous le disent pas.

L'épidémie de 1943

L'année 1943 est, à l'inverse des six précédentes, plutôt féconde : 54 articles sont inventoriés dans notre tableau récapitulatif. Cette fois, cela ne s'explique pas uniquement avec les articles de synthèse sur la maladie mais par le fait qu'une épidémie a éclaté dans plusieurs régions françaises et a ravivé les tensions et les angoisses de 1930. En effet, pendant l'été 1943, la poliomyélite a déterminé divers foyers en France, dont les principaux ont été ceux du Centre, de l'Est et du Nord. Ce dernier serait la source des autres : par une colonie de vacances, il aurait essaimé en Juin dans l'Allier et de ce département, un porteur de germes aurait apporté la maladie dans la Meurthe-et-Moselle. Au total, ces foyers ont recensé 1250 victimes de Juillet à Novembre²⁰⁹.

C'est surtout la ville de Montluçon et sa région qui ont été le foyer le plus touché par la poliomyélite : 97 cas ont été enregistrés dont 35 pour la ville même de Montluçon, et 62 pour les communes environnantes. Grâce à une étude approfondie, nous pouvons donner dans le détail le nombre de cas par rapport à l'âge des malades²¹⁰ :

206 « Eure-et-Loire », *Le Matin*, (03/10/1936).

207 « Aucuns cas de poliomyélite en Haute-Savoie », *Le Temps* (27/07/936).

208 « La poliomyélite fait son apparition en Alsace », *Le Matin* (12/10/937).

209 H Cambessedes, H Pignot, J Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aigüe », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 81.

210 « L'épidémie de poliomyélite », *Le Journal des Débats* (26/08/1943).

| Enfants de moins de 6 ans | Enfants de 6 à 13 ans | Adolescents de 13 à 21 ans | Adultes |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------|---------|
| 23 | 21 | 32 | 21 |

La particularité de cette épidémie est d'avoir atteint un nombre relativement important d'adultes. En effet, sur les 97 cas, le nombre d'adultes représente plus de 20%, ce qui est loin d'être anecdotique. Lors de l'épidémie de 1930 dans l'est, sur les 404 victimes du Bas-Rhin, aucunes n'étaient âgées de plus de 21 ans. 16 décès ont été enregistrés principalement chez les adolescents et les adultes. Cette épidémie semble être différente de celle de l'est en 1930 car la majorité des cas se concentrait chez les enfants de moins de six ans (soit 85 %), alors qu'ici les proportions s'équilibrent plus ou moins. Des moyens prophylactiques ont été mis en place très rapidement comme par exemple d'éviter les contacts et les zones contaminées²¹¹. Surtout beaucoup d'appels aux dons de sang ont été lancés dans les différentes zones touchées afin de constituer des stocks de sérum pour guérir les malades²¹², ce qui du être le cas puisque nous n'avons pas retrouvé d'autres articles sur le sujet.

À l'instar de sa partie est, le territoire français dans sa totalité a aussi subi la poliomyélite. La diffusion de la maladie en 1930 a entraîné l'apparition d'un certain nombre de foyers infectieux mais cela n'est pas spécifique à cette année car en 50 ans, 47 départements ont été signalés dans les journaux comme détenteur de la maladie. Le nombre d'articles est souvent conditionné à l'apparition d'une épidémie occasionnant beaucoup de cas, et après 1943, ils disparaissent quasiment complètement des lignes de la presse. Toujours est-il que ces articles ne sont pas singuliers à la France et concernent également l'introduction de la poliomyélite dans des pays étrangers.

211 « Attention ! La poliomyélite signalée à Paris », *Le Matin*, (08/10/1943).

212 « Une épidémie de poliomyélite sévit dans l'Allier », *Le Matin* (16/08/1943).

Chapitre VI - La poliomyélite dans le reste du monde

A l'instar des autres épidémies, la poliomyélite ne s'arrête ni aux frontières terrestres, ni aux frontières maritimes. En fonction des époques, elle se fixe en un endroit, trouve quelques coursiers malheureux pour parfaire son développement et proliférer le plus durement possible. En dehors de la France, beaucoup de pays voisins ont subi cette maladie, notamment les pays frontaliers. Le meilleur exemple est le cas allemand car il fut commenté et détaillé à quelques reprises (1). En Europe, ce ne fut pas le seul, loin sans faut, car une multitude de pays européens subirent la contagion (2). Mais la maladie n'est pas itinérante au vieux continent puisqu'elle voyage à travers les océans, et a su trouver des navires pour s'arrimer sur les continents américains et océaniens (3).

1. Le voisin allemand

L'Allemagne est le pays européen se retrouvant le plus au sein des pages des journaux français pour cause d'épidémie poliomyélique. Ce n'est pas un hasard puisque c'est déjà de ce pays que venait l'éprouvante épidémie de 1930, comme nous l'avons vu précédemment. Pour avoir une vue d'ensemble sur le pays, une carte est nécessaire.

Carte du Grand-Duché de Bade (Allemagne) de 1806 à 1945



Comme nous pouvons le remarquer sur la carte au dessus, l'est de la France se trouve juxtaposé avec le territoire allemand, au nord par le Palatinat et à l'est par le Pays de Bade. Il est donc normal qu'une porosité mutuelle se crée lors d'une apparition épidémique.

La première mention d'une épidémie de polio en Allemagne est à trouver dans un article du journal *Le Radical* publié en 1910 par l'Académie de Médecine²¹³, où le professeur Netter évoque ses diverses apparitions épidémiques dans les divers pays européens, dont l'Allemagne où elle aurait fait plus de 2000 victimes rien que pour l'année 1909. Il faut attendre plus de 20 ans pour observer une mention de ce pays pour cause de poliomyélite, c'est à dire 1930 et la fameuse épidémie. Très suivie par les journaux français pour son développement sur le territoire, elle l'est aussi pour ce qui se passe de l'autre coté de la frontière, mais dans une moindre mesure puisque moins d'une dizaine d'articles livrent des informations. Nous apprenons qu'en Juillet, deux communes du Länder de la Sarre ont été touchées par la maladie²¹⁴. Dans le milieu du mois d'Août, c'est au tour du Pays de Bade d'être touché mortellement²¹⁵. À la fin de ce mois, la polio s'est manifestée en plusieurs endroits du territoire allemand : trois cas ont été signalés à Allenstein, district de la province Prusse-Orientale²¹⁶, dont une fillette qui a été conduite dans une maison de quarantaine²¹⁷, et une quinzaine de cas dans le pays de Bade, dont 8 rien que pour la ville de Karlsruhe²¹⁸. La capitale a elle aussi été affectée, puisque 15 cas ont été déclarés et les écoles, licenciées²¹⁹. Bien que foyer de naissance de l'épidémie, l'Allemagne semble avoir été relativement épargnée par la poliomyélite cette année, selon la presse française. Soit c'est une réalité, soit les journaux n'ont pas relayé les informations.

Deux ans plus tard, la maladie refait parler d'elle avec des cas de polio, dont un mortel, signalés dans plusieurs villages du Palatinat²²⁰. Mais c'est en 1935 que la poliomyélite a encore fait des ravages outre-Rhin, dans le pays de Bade et le Wurtemberg où plusieurs cas mortels ont été enregistrés. Cette épidémie a été relatée dans plusieurs journaux français tant sa brutalité fut grande. Dès le 31 Juillet, les journaux badois signalaient qu'en raison de l'apparition de la maladie à Brül, tout rassemblement des jeunesses hitlériennes était interdit dans le district de Mannheim, ainsi que dans la région de Weinheim où la paralysie infantile avait été également constatée.²²¹ D'autre part, le

213 « Paralysie Infantile », *Le Radical* (01/06/1910)

214 « L'épidémie de poliomyélite gagne la Sarre », *Le Matin* (26/07/1930).

215 « La poliomyélite s'étend toujours », *Le Petit Journal* (13/08/1930).

216 Se référer à la carte de l'Allemagne mise à disposition un peu plus haut dans le texte.

217 « La poliomyélite », *Le Journal des Débats* (20/08/1930).

218 « Nouvelles diverses de l'étranger », *Le Temps* (28/08/1930)

219 « La poliomyélite », *Le Figaro* (29/08/1930).

220 « La poliomyélite », *Le Journal des Débats*, (03/10/1932).

221 « La paralysie infantile en Allemagne », *Le Journal des Débats* (23/08/1935).

Fürher (organe du national-socialisme badois) avait annoncé que toute visite du camp d'Offenbourg, où campaient des milliers de jeunes hitlériens, était strictement interdite. Des mesures préventives ont été prises par les autorités allemandes, mais nous n'avons pas plus de détail, même si nous pouvons penser que l'isolement et le licenciement des écoles ont du être entérinés. Quoiqu'il en soit de ces mesures, elles n'ont en rien arrêté la progression de la maladie. Preuve en est qu'à Sillenbusch et dans l'Alb (Wurtemberg), la poliomyélite a été signalée de même qu'à Francfort²²². Dans la ville de Schwaebisch-Hall, tout un quartier où la maladie a été établie de façon indiscutable, fut consigné et les ouvriers occupés sur les chantiers de ce quartier n'étaient pas autorisés à y retourner²²³. Les sections d'assaut de l'endroit ont déménagé, de grandes représentations de *Jedermann* prévues pour le lendemain ont été décommandées, un important camp de vacance est en quarantaine²²⁴. Deux cas mortels dont celui d'une jeune fille de 18 ans ont été enregistrés.

Du côté français, particulièrement en Alsace, les nouvelles ont été suivies avec une inquiétude justifiée car, déjà en 1930, la paralysie infantile semblait avoir été introduite d'Allemagne dans le Bas-Rhin où elle fit de nombreux cas mortels. De plus, compte tenu de la valeur touristique de ces provinces, il semblerait que l'épidémie ait été tenue secrète le plus longtemps possible par les journaux allemands afin de ne pas nuire à ce secteur d'activité²²⁵. Par conséquent, des mesures de protection ont été instaurées par le Ministre de la Santé Publique²²⁶. Celles-ci consistaient à subordonner l'accueil en France à une visite de contrôle sanitaire aux voyageurs venant des régions étrangères contaminées²²⁷, qu'il s'agisse d'allemands voyageant en France ou bien de français de retour de vacances. Les personnes reconnues malades ont été directement hospitalisées alors que pour les autres, celles autorisées à voyager, elles ont été munies d'office d'un passeport sanitaire fourni par le médecin et les autorités de police. Même procédé pour les voyageurs ayant emprunté la route en provenance des régions contaminées²²⁸. Pour contrôler ces potentiels diffuseurs de maladie, c'est aux maires des communes qu'est revenue la charge de surveillance sanitaire (pendant un mois) après avoir été avertis de la présence d'individus venant de régions contagieuses. D'autres mesures spéciales ont été prises à l'égard des personnes venant de ces régions et qui par leur profession sont en contact avec les enfants mais là encore, il n'y a pas de détail.

La dernière mention d'une manifestation épidémique date de 1938. En Août de cette année,

222 « La poliomyélite continue à sévir en Allemagne », *Le Matin* (14/09/1935).

223 « La poliomyélite fait des victimes en Allemagne », *Le Matin* (17/08/1935).

224 « Nouvelles diverses de l'étranger », *Le Temps* (01/09/1935).

225 « Un cas de poliomyélite à Strasbourg », *Le Temps* (29/08/1935).

226 Ernest Lafont à cette date.

227 « La paralysie infantile en Allemagne », *Le Journal des Débats* (04/09/1935).

228 « Mesures de protection contre la poliomyélite qui sévit en Allemagne », *La Croix* (04/09/1935).

la ville de Francfort fût encore une fois le théâtre d'une manifestation de polio : 27 cas constatés et surtout, cinq enfants morts. Pour endiguer au plus vite l'épidémie, les autorités ont licencié les écoles et suspendu les vaccinations pour ne pas créer de rassemblement²²⁹. Le problème des retours en France se sont encore posés, avec cette fois une catégorie sociale visée : celle des instituteurs alsaciens et lorrains ayant été en vacances en Allemagne. Pour éviter une importation épidémique en France, les autorités publiques ont pris une solution radicale : la mise en quarantaine²³⁰. Mais, nous pouvons constater que cette décision, bien que cohérente sur le plan sanitaire, soulève une vague de mécontentement visible dans les propos du journaliste :

« Une question se pose. Qui assurera le travail de ces messieurs, pendant leur congé forcé ? Evidemment, leurs collègues, qui n'ont pas franchi le Rhin, et pendant que les maîtres de l'enseignement qui sont allés en « Hitlérie » porter l'argent de France, se reposeront quelques semaines de plus. Tout en passant à la caisse de l'Etat, les autres font des heures supplémentaires. N'est-ce pas là une injustice révoltante ? »

En tout et pour tout, cinq manifestations poliomyélitiques en Allemagne ont été répertoriées dans la presse française. Parfois peu détaillés, parfois plus, il n'en demeure pas moins que ces articles ne couvrent certainement pas toutes les apparitions de la maladie. Ce que nous pouvons remarquer, c'est qu'ils se limitent pour la quasi totalité au régions limitrophes avec la France, ce qui paraît normal au vue des risques qu'une contagion entraîne. Le pays de Guillaume II étant disséqué, voyons le reste des pays européens.

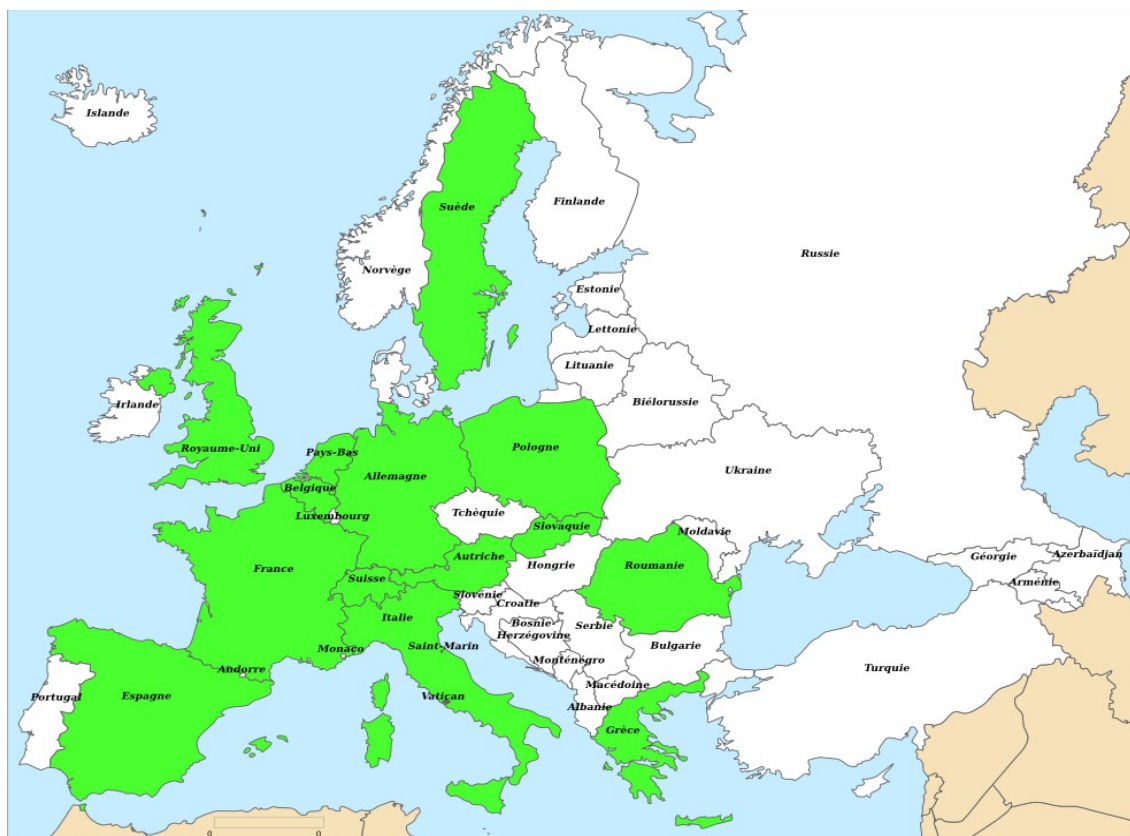
2. Les autres pays européens

Tous les pays européens n'ont pas été touchés par la poliomyélite, mais, il est vrai qu'au cours de nos recherches, un certain nombre d'entre eux ont constaté des cas sur leur territoire. Pour se rendre compte du nombre de pays européens touchés par la maladie, nous avons réalisé une carte des pays européens, colorant en vert les pays qui ont été atteints.

229 « La paralysie infantile sévit en Allemagne », *Le Matin* (05/09/1938).

230 « Pour empêcher la poliomyélite de pénétrer en France », *Le Matin* (28/09/1935).

Les épidémies de poliomyélite en Europe de 1900 à 1950



Nous remarquons que 13 pays ont été touchés. Parmi ceux-ci, quelques uns ont eu droit à des études scientifiques, études qui ont été reprises par la presse. Certaines sont très commentées et fournissent une somme non négligeable d'informations et de données, et d'autres sont seulement mentionnées au passage d'une rubrique concernant les faits à l'étranger. Grâce à notre tableau *des apparitions de la poliomyélite par année et par localisation*²³¹, nous pouvons observer à quelle date la poliomyélite se manifestait dans les pays européens. Ce que nous pouvons constater dès à présent est, mis à part deux pays, à savoir l'Allemagne et la Roumanie, aucun autre n'a subi la maladie pendant l'épidémie de 1930, ce qui est assez surprenant. Nous avons donc décidé de retracer chronologiquement les différentes apparitions poliomyélitiques dans les pays européens, en apportant les divers détails et données obtenues dans les pages de nos sources journalistiques. L'épidémie de Suède de 1911/1912 ayant été expliquée dans notre première partie²³² via l'étude de Kling, nous débiterons par celle de Roumanie en 1927.

231 Cf. Tableau 2, p. 110.

232 Cf Chapitre II.

Roumanie (1927/1930)

C'est dans la ville de Bucarest que la polio a proliféré lors de l'année 1927. Il y a très peu d'informations sur ce sujet, mais grâce au journal *L'Echo d'Alger*²³³, nous avons pu collecter quelques données : il semblerait que l'épidémie a duré depuis quelques semaines. 130 enfants de moins de 10 ans ont été malades et trois cas âgés de plus de 20 ans. La mortalité fut élevée car elle a culminé à 15 %. Concernant l'année 1930, seulement quelques cas ont été constatés depuis le 1 Août, avec neuf cas au total pour deux décès et une guérison²³⁴.

Espagne (1929)

Durant l'automne de cette année, l'Espagne a subi les apprêts de la maladie. C'est un docteur nommé Palanca qui a étudié cette épidémie. Il ressort que c'est la ville de Madrid qui fut le principal foyer contagieux. Le caractère saisonnier a été envisagé mais le Dr. Palanca n'était pas convaincu de son fondement. Pour lui, toute mesure autre que l'isolement se trouvait « inutile et inopérante »²³⁵.

Pologne (1932)

Nous avons appris cette épidémie par une étude clinique de monsieur Biro réalisée en 1932 lorsque la polio s'est déclarée dans ce pays, étude qu'il a menée sur 27 personnes l'ayant contractée²³⁶. Selon lui, cette manifestation épidémique n'est pas un hasard car elle était depuis 1929 en profond accroissement dans son pays. Malheureusement, nous ne pouvons approfondir ces résultats et données par manque d'informations.

Slovaquie (1936)

La seule et unique mention d'une manifestation épidémique en Slovaquie, ou plutôt en Tchécoslovaquie (à l'époque), fut une petite brève dans *Le Temps* pour signaler 17 malades à Habura, dont trois enfants morts²³⁷. Pourtant, 113 cas de polio (dont 64 ont été hospitalisés) ont été constatés

233 « La paralysie infantile à Bucarest », *L'Echo d'Alger* (25/08/1927).

234 « Nouvelles diverses de l'étranger », *Le Temps* (25/08/1930).

235 M. Nathan, « L'épidémie de poliomyélite de l'automne 1929 à Madrid », *La Presse Médicale*, n°8 (1931), p. 20.

236 Compte-rendu de Biro, « Etude clinique de l'épidémie de poliomyélite en Pologne en 1932 », *Revue Neurologique*, tome 2, n°4 (1933), p. 489.

237 « Nouvelles diverses de l'étranger », *Le Temps* (13/02/1938).

dans les régions proches du Danube, du Vah, de la Nitra, de la Stravnica et du Hernod dont la population était assez clairsemée et les voies de communication peu nombreuses²³⁸. C'est le professeur Chura qui a décrit cette épidémie. En comparaison, l'épidémie de 1931 (dont nous n'avons aucune trace dans les journaux français) avait infecté 145 enfants. L'origine de l'épidémie n'a pas été trouvée car l'auteur de l'étude n'a pas pu l'expliquer par la contamination familiale ou scolaire.

Suisse (1936-1937)

Une grave épidémie de poliomyélite sévit en Suisse en 1936/1937 où le nombre de cas atteint 1494, alors que le chiffre moyen par année était de 166²³⁹. La mortalité fut importante mais nous n'avons pas de chiffres pour corroborer ses dires.

Pays-Bas (1938)

La province de Hollande a été attaquée par la maladie en Août de l'année 1938²⁴⁰. Les villes de Gouda et de La Haye ont été les plus touchées avec 33 cas et cinq enfants morts pour la première et 11 cas pour la seconde. La situation a été particulièrement préoccupante à Gouda, ce qui a par conséquent amené la fermeture des écoles pour endiguer l'épidémie. A l'inverse, la ville de La Haye, n'a semble-t-il pas eu de dispositions particulières du fait du nombre restreint de malades.

Angleterre (1938)

Malgré son statut insulaire, la Grande-Bretagne n'a pas été épargnée par la poliomyélite. Ce qui est intéressant avec l'épidémie anglaise, est qu'elle a été relayée avec beaucoup de détails et précisions. Par conséquent, nous pouvons exposer abondamment les circonstances de l'apparition et du développement de la poliomyélite. En effet, trois cas ont été signalés au mois d'Août dans la ville de Braintree, située dans le comté d'Essex au sud-est de l'île²⁴¹. Début Septembre, un nouveau cas a été constaté, ce qui porta à 46 le nombre de cas recensés²⁴². Outre ces cas, quatre ont été enregistrés dans la région de Swansea, et l'épidémie s'est étendue à trois autres régions. Deux enfants, soignés à

238 Comte rendu de Mores, « Caractères cliniques et épidémiologiques de l'épidémie de poliomyélite antérieure aiguë de 1936 en Slovaquie », *La Presse Médicale*, n°38 (1938), p. 71.

239 Dioscoride, « La vie médicale », *Le Journal* (10/06/1939).

240 « Une épidémie de poliomyélite en Hollande », *Ouest-Eclair Rennes* (26/08/1938).

241 « Nouvelles de l'étranger », *Le Journal des Débats*, 10/08/1938.

242 « L'épidémie de poliomyélite en Grande-Bretagne », *Le Matin* (01/09/1938).

Hove (Sussex), sont morts et sept autres ont été traités à l'hôpital de cette localité. Dans le Suffolk, deux enfants ont été victimes de la polio, ainsi que quatre cas, dont un mortel, dans le village minier de Pontyates dans le pays de Galles. A Grimsby (Lincolnshire), plusieurs cas ont été également signalés²⁴³. Les grandes villes n'ont pas été épargnées puisque trois cas ont été déclarés à Londres²⁴⁴. Suite à ces nombreux cas de paralysie infantile, un recensement et une déclaration officielle sont rentrés en vigueur²⁴⁵.

Bien que nous ne retrouvons aucune trace de polio en Grande-Bretagne antérieure à 1938 dans la presse française, la paralysie infantile n'est pas un phénomène nouveau dans le pays. En effet, depuis dix ans, le nombre des cas signalés a varié entre 450 et 800 chaque année, ce qui est très élevé. Ce chiffre représente une moyenne de 10 à 12 victimes par semaine, mais un trait caractéristique de la maladie est qu'elle augmente à la fin du mois de Juillet et au début du mois Août²⁴⁶, soit à la période où s'est manifestée l'épidémie de 1930. Cette augmentation, enregistrée chaque année, a débouché sur l'analyse des 41 cas signalés au cours de la semaine se terminant le 30 Juin, démontrant que 20 cas se sont produits dans 20 localités différentes²⁴⁷, mettant en lumière le caractère isolationniste de la maladie plutôt qu'épidémique. L'année précédente, 765 cas ont été signalés au ministère de l'hygiène et 206 cas ont été notifiés pour l'année.

La majorité des victimes n'ont été que légèrement atteintes et se sont remises rapidement. Des mesures de précaution ont été prises, à savoir protéger les enfants contre toute fatigue inutile, d'éviter tout contact et d'isoler immédiatement tout enfant qui se sentirait indisposé et quelque peu fiévreux. Le gouvernement britannique a été plus qu'attentif concernant cette situation car il était écrit que le ministère de l'hygiène surveillait la situation de très près.

Il est rare de voir un pays noté plus d'une fois dans les colonnes de ce tableau, ce qui signifierait à première vue que la maladie ne s'est développée qu'une seule fois dans un pays européen pour toute la période 1900/1950, ce qui évidemment paraît impossible. Des pays comme la Belgique ou le Luxembourg se sont révélés dans les pages des journaux avec pour seule indication que la poliomyélite était apparue dans ces pays. Mais, l'Europe n'est pas le seul continent à avoir du souffrir des âpres de la maladie.

243 « Les nombreux cas de paralysie infantile en Angleterre font l'objet d'une déclaration officielle », *Le Matin* (07/08/1938).

244 « Epidémies en Angleterre », *Le Populaire* (10/08/1938).

245 « Nouvelle de l'étranger », *Le Journal des Débats* (02/09/1938).

246 « Les nombreux cas de paralysie infantile en Angleterre font l'objet d'une déclaration officielle », *Le Matin* (07/08/1938).

247 Situées entre le Northumberland et les Cornouailles

3. Les autres continents

Le seul continent européen ne peut être uniquement assujéti à l'apparition de la poliomyélite. Si nous trouvons logique la retransmission des épidémies américaines, celle australienne est surprenante et son évocation est alors une source enrichissante supplémentaire.

Les Etats-Unis d'Amérique

Ici, il ne s'agit pas de retracer l'histoire de la poliomyélite aux Etats-Unis durant les 50 années de notre étude. À travers nos lectures, principalement celles de David Oshinsky²⁴⁸ et Richard Altenbaug²⁴⁹, nous savons que le pays a connu d'importantes épidémies engendrant de véritables saignées au sein de sa population. Toujours avec le même procédé, nous allons regarder et analyser les agissements de la poliomyélite au regard des traces journalistiques, en les agrémentant des connaissances apprises avec l'historiographie.

Aux États-Unis la maladie de Heine-Hedin est un véritable fléau, qui provoque peur et angoisse chez la population²⁵⁰. Au sein de la presse française, nous avons trouvé plusieurs mentions à des épidémies de poliomyélite venant d'outre-Atlantique que nous avons inventoriées dans notre tableau en annexe : au total, les États-Unis se trouvent noter cinq fois pour les années 1909 ; 1930 ; 1931 ; 1935 ; 1937²⁵¹. La première mention est issue du rapport de Netter sur l'état de la poliomyélite en l'année 1900²⁵². Il n'y a aucun chiffre, seulement la liste des pays atteints. À côté de ce rapport, nous avons trouvé une étude américaine basée sur l'analyse des histoires de 140 cas²⁵³ issus des expériences de vie du personnel du Conseil d'Etat de l'Ohio, ayant pour origine des épidémies de polio rapprochés dans l'Etat²⁵⁴. En 1910, les cas étaient croissants et sporadiques.

Pourtant, ce ne sont pas les seules années où la poliomyélite s'est révélée : de nombreux épisodes se sont produits au Nebraska et à New York en 1907 ; dans le Massachusetts en 1908 ; encore au Nebraska et au Minnesota en 1909 ; en Californie, Iowa, Pennsylvanie et dans l'état de Washington en 1910 ; en Californie et dans le Cincinnati en 1911 ; puis une nouvelle fois en

248 David Oshinsky, *Polio : A american story*, Oxford University Press, 2005, 368 p.

249 Richard Altenbaugh, *The Last Children's Plague : Poliomyelitis, Disability, and Twentieth-Century American Culture*, Croydon, Palgrave Macmillan, 306 p.

250 Jacques Giraud, « La France n'a qu'un seul poumon d'acier », *Le Petit Journal* (27/12/1938).

251 Cf. Tableau 2, p. 110.

252 « La paralysie infantile », *Le Rappel* (27/06/1910).

253 F.-G Boudreau, E.-F McCampbell, *Acute Poliomyelitis with wpezil reference to the disease in Ohio, and Certain Transmission Experiments*, Colombus, The F.-J. Heer Printing Co, 1914.

254 M. Nathan, « L'épidémie de poliomyélite de l'automne 1929 à Madrid », art. cit, p. 20.

Californie²⁵⁵. Entre 1910 et 1915, les morts de la poliomyélite se sont élevés à 5616 recensés dans 25 états, avec une préférence pour les victimes vivant dans les campagnes²⁵⁶.

L'année 1916 ne s'en sort guère mieux au niveau de sa retransmission francophone. Seulement deux ou trois articles sur le sujet, où est donnée la localisation géographique de l'épidémie, à savoir New York, et surtout les chiffres, à savoir 4289 cas observés et 937 décès²⁵⁷. Avant cette date, la ville qui ne dort jamais avait elle aussi constaté l'existence de cas poliomyélitiques. Les hôpitaux de New York traitaient une moyenne de 75 cas par an, s'élevant même à 99 cas par an pour la période 1910/1915, soit une augmentation de 33%²⁵⁸. Au vu de ces chiffres, la maladie a été destructive et impitoyable, mais n'a pas éveillé outre mesure l'intérêt français. Pourtant il s'agit là de l'épidémie considérée comme la pire que les Etats-Unis ont connu²⁵⁹. En cette année 1916, le taux de polio était 41,1 pour 100 000 habitants, le pire dans l'histoire américaine. La maladie a frappé durement New York, mais également le reste des États-Unis avec des résultats ravageurs : 26 états ont signalé environ 27 000 cas et en dénombrant 6000²⁶⁰. Avec cette épidémie, l'administration prit conscience du danger de la maladie et des graves conséquences qu'elle entraîne. C'est ici que débuta la lutte contre la poliomyélite aux Etats-Unis.

Après 1916, il faut attendre 1930 et 1931 pour voir apparaître l'Amérique comme pays infecté par la paralysie infantile²⁶¹. Là encore, pas beaucoup de détails. En 1930, six états sont atteints à savoir l'Ohio ; New York ; le Kansas ; la Californie ; le Connecticut et l'Ontario. Le nombre de 504 cas est donné pour l'ensemble des états²⁶², ce qui nous apparaît relativement peu. Concernant l'année 1931, c'est une nouvelle fois la ville de New York qui est mentionnée avec 157 cas²⁶³.

En 1937, les choses changent avec une importante épidémie de poliomyélite qui sévit aux Etats-Unis. Cette fois, l'information est relayée avec détails et informations : La paralysie infantile a causé 200 décès d'enfants dans tous le pays et 3000 mille enfants de l'Ontario ont été atteints²⁶⁴. Les hôpitaux étaient débordés, les écoles avaient fermé²⁶⁵, et des mesures préventives adoptées comme l'isolement des malades. En tout, 380 000 enfants avaient été renvoyés dans leurs foyers. Ils

255 Richard Altenbaugh, *The Last Children's Plague...*, ouv. cit, p. 6.

256 3159 morts dans les campagnes contre 2457 dans les villes.

257 Medicus, « La paralysie infantile », *Le Gaulois* (25/08/1916).

258 Richard Altenbaugh, *The Last Children's Plague...*, ouv. cit, p. 10.

259 Ibid., p.11.

260 Richard Altenbaugh, *The Last Children's Plague...*, ouv. cit, p. 6.

261 Cf. tableau 2, p. 110

262 David Oshinsky, *Polio : A american story*, Oxford University Press, 2005, p. 15.

263 R. Levent, « A propos du diagnostic et du traitement de la poliomyélite ; L'expérience américaine », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°23 (1947), p. 339.

264 « En Amérique », *Ce Soir* (04/09/1937).

265 À la date du 7 Septembre 1937.

suivaient alors chez eux des cours transmis par les journaux ou diffusés par la radio. Ainsi, le programme scolaire n'a pas eu à trop souffrir de la fermeture des établissements scolaires²⁶⁶.

Un mois plus tard, l'épidémie semblait être enrayée pour les journaux français. Grâce aux mesures préventives, la maladie a pu être évitée à toute cette foule d'enfants. Après avoir été désinfectées, les écoles ont ré-ouverts leurs portes aux 380 000 enfants. Dans les hôpitaux, quelques malades étaient encore soignés, mais il paraissait que la majorité des enfants était hors de danger. L'épidémie semblait être un mauvais souvenir, ne laissant seulement quelques cas isolés²⁶⁷.

Suite à cette nouvelle épidémie monstrueuse par son ampleur, la conscience populaire s'empara de ce phénomène et ce n'est pas un hasard si l'année suivante, fut fondée la *March of Dimes*, association caritative soulevant des fonds pour la lutte contre la poliomyélite²⁶⁸.

L'Australie

L'Australie fut victime d'une épidémie durant l'été et l'automne 1931/1932, sévissant principalement dans l'état de la Nouvelle-Galle du Sud, situé dans le sud-est de l'île principale²⁶⁹. Au total, 435 personnes furent touchées²⁷⁰ et la mortalité globale fut de 11,7 % dans la ville de Sydney, mais nous ne savons pas les proportions enfants/adultes, ce qui est dommageable. En détaillant ces données, la mortalité atteignit 33 % chez les 15/19 ans ; au total, plus de la moitié des cas sont projetés sur des enfants de moins de quatre ans et 93 % des malades furent traités dans des hôpitaux publics. Au niveau du développement des symptômes de la polio, 80 % des cas ont connu une période de paralysie allant de un à plusieurs jours, pouvant même atteindre 14 jours dans de rares cas. Dans 4,7 % seulement des cas la paralysie apparue comme le premier symptôme de la maladie.

Pour contrer la maladie, une organisation spéciale avait préparé un stock de sérum de convalescent : 65 litres de sang pris à 148 donneurs ont permis la préparation de 28 sérums qui ont permis soit l'épreuve de neutralisation du virus chez le singe chez quelques sujets, soit le traitement de 139 sujets. Le docteur Stephen envisageait la reconnaissance de la poliomyélite à son stade pré-paralytique et il déclarait que les séquelles de cette épidémie avaient été beaucoup moins graves que dans les précédentes, ce qui signifie qu'il a eu d'autres manifestations de poliomyélite dans ce pays.. Il a attribué cette baisse de gravité à la sérothérapie qui d'après les constats semble avoir sauvé

266 « L'épidémie de paralysie infantile étant enrayée », *Ce Soir* (28/09/1937).

267 « L'épidémie de paralysie infantile étant enrayée », *Ce Soir* (28/09/1937).

268 David Oshinsky, *Polio : A american story*, ouv. cit, p. 31.

269 Compte rendu de A.-H. Tebbut, Katen Helms, « Comte rendu de l'épidémie de poliomyélite dans les Nouvelles-Galles du Sud, 1931-1932 », *The Medical Journal of Australia*, tome I, n°2 (1933) dans Robert Clément, « The Medical Journal of Australia », *La Presse Médicale*, n°40 (1933), p. 93.

270 214 cas ont été étudiés d'une façon plus précise dans la région de Sydney.

quelques enfants, avec la destruction des cellules nerveuses lorsqu'elle est faite à un stade précoce. Par contre, lorsque les lésions sont constituées, le sérum n'a pas d'action et les ravages de la poliomyélite sont inarrêtables. Cette évocation de la poliomyélite en Australie est la seule mais néanmoins intéressante car elle permet d'élargir géographiquement les lieux d'apparition de la poliomyélite et confirme son mode d'action. Quant aux États-Unis, la maladie est bel et bien un fléau tant par le nombre de ces survenances que par le nombre de cas et de morts qu'elle entraîne.

Par nos sources, nous n'étions pas sur de glaner des informations concernant les pays étrangers, ce qui fut heureusement faux. C'est tout d'abord le voisin allemand qui a le plus subi la maladie mais pas seulement car l'Europe entière a été touchée et les épidémies ont été rapportées au moins une fois par des articles de presse idem pour les continents américain et océanien. Malgré tout, il nous paraît évident que la poliomyélite n'a pas agi aussi peu de fois dans les pays étrangers et nous pouvons constater une première limite de nos sources concernant la retranscription de la maladie.

À travers ces éléments, nous avons appris beaucoup de choses sur la poliomyélite, à savoir le caractère imprévu et spontané de ses manifestations, ainsi que sa préférence pour le continent américain où elle a engendré un nombre important de victimes et de morts. Après avoir analysé sa nature, recherché son mode d'action et son développement, la suite logique est de s'intéresser aux moyens mis en place pour se protéger, la repousser et essayer de la détruire.

TROISIÈME PARTIE : LES MOYENS D'ACTION ET

DE LUTTE

De tout temps les épidémies ont été combattues et des mesures sanitaires ont été installées afin d'endiguer leur propagation. D'abord mis en place pour lutter contre les épidémies catastrophiques et destructrices que sont la peste et le choléra, les méthodes se sont développées et étendues afin de gérer les épidémies de toute nature. Au vu du caractère épidémique de la poliomyélite, il était indispensable de mettre en place, voir d'élaborer, des méthodes et procédés efficaces et percutants pour endiguer, contrer et supprimer la menace lorsqu'elle survint. La lutte contre la poliomyélite s'inscrit dans un processus global mêlant plusieurs champs d'action, puisqu'elle lie les domaines législatif et médical dans le but d'agir avec rapidité et efficacité.

Il nous faudra observer les appareils législatifs construits pour affronter et contenir les éruptions épidémiques, c'est à dire toutes les lois et mesures prises par l'autorité publique pour agir lorsqu'une infection survient (chapitre VI). Puis, l'étude de la sérothérapie, à savoir sa création, son fonctionnement et ses résultats fera l'objet d'un examen approfondi (chapitre VII) avant de terminer par l'énumération des diverses techniques alternatives qui ont émergé pour contrer la poliomyélite (chapitre VIII).

Chapitre VII – L'appareil de lutte institutionnel et législatif

Il est indéniable que le domaine législatif concernant les maladies épidémiques est un passage obligatoire en vue d'établir une étude complète sur une maladie au caractère épidémique avéré. Le meilleur point de départ pour s'immiscer dans les arcanes du domaine législatif est de se confronter à la grande loi sanitaire du début du XXe siècle, à savoir la loi de 1902 (1). À partir de cette loi, un certain nombre de choses ont changé sur le plan sanitaire, notamment la mise en place des moyens prophylactiques pour refréner les épidémies (2). Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, le domaine militaire n'est pas épargné et là encore, des mesures spécifiques ont été instaurées (3).

1. La loi de 1902

La loi de 1902 relative à la protection de la santé publique porte essentiellement sur l'hygiène publique²⁷¹. Elle se met en place dans un contexte marqué par plusieurs événements marquants, tant au niveau sanitaire que sociétal :

- Le perfectionnement général des connaissances en matière médicale, via les découvertes pastoriennes²⁷².
- L'évolution des activités industrielles et l'augmentation du peuplement urbain²⁷³ (extrême pauvreté, conditions de vie difficiles).
- Les maladies infectieuses et plus particulièrement la tuberculose, regardée comme une maladie sociale²⁷⁴.

Avec cette loi, un double changement s'opère : d'une part la déclaration à l'autorité publique (c'est à dire les préfets de département) de cas de maladies transmissibles par tout membre du personnel de santé (docteur en médecine, officier de santé ou sage femme) qui en constate l'existence et d'autre part, les maires de communes doivent exécuter les mesures de désinfection pour toutes les maladies à déclaration obligatoire²⁷⁵. Elle devenait ainsi une solide base pour la déclaration des maladies transmissibles. Elle n'était pas immuable et pouvait être révisée :

271 Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, JO du 19 octobre 1902, p. 1173.

272 Pierre Darmon, *L'homme et les microbes XVIIe – XXe siècle*, Paris, Fayard, 1999, p. 107.

273 Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe, de la fin du XVIIIe siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Domont, Sedes, 2012, p. 208.

274 Pierre Guillaume, sous la dir Jean-Pierre Bardet, *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988, p. 163.

275 Ibid, p. 166.

« On pourra y ajouter, après avoir consulté les mêmes autorités, toute autre maladie reconnue plus tard comme épidémique et pouvant revêtir un caractère dangereux »²⁷⁶.

C'est donc à partir de cette base législative, que l'on a construit une défense sanitaire. Plusieurs décrets se sont succédés afin d'établir et de réviser au fil des apparitions épidémiques, une liste exhaustive des maladies à déclarations obligatoires ou facultatives. Nous avons dans le tableau suivant compilé ces décrets, sous forme de code couleur, afin de présenter les différents ajustements déclaratifs :

| <u>Première partie</u> : Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires | <u>Deuxième partie</u> : maladies pour lesquelles la déclaration est facultative |
|---|--|
| 1. La fièvre typhoïde | A. Tuberculose pulmonaire |
| 2. Le typhus exanthématique | B. Coqueluche |
| 3. La variole et la varioloïde | C. Grippe |
| 4. La scarlatine | D. Pneumonie et broncho-pneumonie |
| 5. La rougeole | E. Érysipèle |
| 6. La diphtérie | F. Oreillons |
| 7. La suette militaire | G. Lèpre |
| 8. Le choléra et les maladies cholériques | H. Teigne |
| 9. La peste | |
| 10. La fièvre jaune | |
| 11. La dysenterie | |
| 12. Les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveaux-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé | |
| 13. La méningite cérébro-spinale épidémique | |
| 14. La poliomyélite antérieure aiguë | |
| 15. Le trachome | |
| 16. La fièvre ondulante | |

- Arrêté ministériel du 23 Novembre 1893 (loi du 30 Novembre 1892)
- Décret du 10 Février 1903 (Loi du 15 Février 1902)
- Décret du 28 Septembre 1916

²⁷⁶ Pierre Guillaume, sous la dir Jean-Pierre Bardet, *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988, p. 166.

- Décret du 20 Janvier 1924
- Décret du 16 Mai 1936 (qui n'a pas amené de modification notable)

Comme nous le constatons, cette liste s'est constituée au fur et à mesure du temps sur la période 1893/1936. Le décret qui est le plus intéressant et important pour notre étude est celui de 1916. Il est capital car il rend obligatoire la déclaration de la poliomyélite en France. C'est un décret spécifique à l'infection que nous étudions. Par conséquent, il est important de le retranscrire, du moins pour les deux premiers articles :

« Article premier – Est modifier l'article premier du décret susvisé du 10 février 1903 portant établissement de la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 Février 1902, en vertu des articles 4, 5 et 7 de ladite loi :

- 1) Par l'addition aux maladies de la première partie de la poliomyélite antérieure aiguë ;
- 2) Par la substitution des lettres ou chiffres pour la désignation des maladies de la deuxième partie

Art 2. - Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret. »

Ce décret a donc deux fonctions : le premier est d'ajouter la poliomyélite à la liste des maladies dont la déclaration et la désinfection sont obligatoires. Le second est de modifier le mode de désignation des maladies qui composent la seconde partie de la liste établie par ledit décret et pour lequel la déclaration facultative. Ainsi, la poliomyélite se trouve assigner le nombre 14.

Nous pouvons nous demander pourquoi la déclaration obligatoire de la poliomyélite arrive en cette année 1916. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. La première est qu'en 1910, une enquête avait démontré que la poliomyélite pouvait se développer n'importe où sur le territoire français²⁷⁷, et presque toujours dans des cas isolés, et très exceptionnellement à l'état épidémique. La maladie existe donc bel et bien car des cas se déclarent, et peut donc devenir épidémique à tout moment par son caractère contagieux. Mais cette explication n'est pas la seule. En effet, comme nous l'avons étudié précédemment²⁷⁸, au cours de l'année 1916, les Etats-Unis ont subi une violente épidémie de

²⁷⁷ « La paralysie infantile », *Le Rappel* (27/06/1910).

²⁷⁸ Cf. Première partie, chapitre III, p. 33.

poliomyélite, occasionnant beaucoup de victimes et de décès. Par conséquent, l'addition de ces constatations et des manifestations épidémiques outre-Atlantique, il y avait nécessité d'appliquer les principes de prophylaxie à la poliomyélite, au premier rang desquels se place l'obligation de la déclaration (loi de 1902). L'Académie de médecine et le conseil supérieur d'hygiène publique de France se sont prononcés pour la déclaration et leur avis était sanctionné par un décret du 28 septembre 1916.

Par le renouveau de la loi sanitaire, son objectif pour prévenir l'extension des maladies infectieuses est basé sur la statistique et surtout, sur une procédure nouvelle de déclaration afin de réagir au plus vite à tout surgissement épidémique. Les fondements législatifs posés, les mesures prophylactiques doivent se mettre en place.

2. La prophylaxie de la poliomyélite

Avec le renouveau des lois sanitaires et surtout depuis la révolution pasteurienne²⁷⁹, des méthodes prophylactiques ont été instaurées pour réagir vite en cas de manifestation épidémique dans le but de ne pas laisser la contagion se développer et former un foyer infectieux incontrôlable. Ces mesures sont d'ordre général et ne s'appliquent pas à des maladies particulières. Ceci étant, des prescriptions particulières peuvent être mises en place en fonction de la nature de l'épidémie. Or, c'est le cas pour la poliomyélite car nous avons observé que les précautions recommandées étaient souvent identiques et, un schéma que nous pouvons qualifier de spécifique s'est répété lors d'une manifestation de poliomyélite. À ce titre, nous allons présenter ces différentes mesures.

Au préalable, il faut savoir que c'est au préfet d'adresser aux maires et aux médecins du département dans lequel s'est déclarée la maladie les moyens de lutte à mettre en œuvre et à appliquer pour enrayer la situation. Généralement, c'est la circulaire qui est employée²⁸⁰. C'est au médecin que revient de constater l'existence d'un cas de poliomyélite dans la commune et d'assurer avec le maire l'exécution des mesures prescrites²⁸¹. Ces mesures de protection sont de deux ordres : individuelles et collectives.

279 Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe, de la fin du XVIIIe siècle...*, ouv. cit, p. 74.

280 « Prenons des mesures contre la poliomyélite », *Ouest-Eclair Nantes* (05/09/1930).

281 Stéphanie Antoniotti et al, « Déclaration obligatoire des maladies infectieuses : des maladies « pestilentielles » aux maladies « émergentes » », *Santé Publique*, vol. 14 (2002), p. 169.

La protection individuelle

Tout d'abord, il faut faire examiner le plus rapidement possible par un médecin tout enfant se plaignant de malaise car les premiers symptômes de la maladie sont des plus banals et n'éveillent pas les soupçons de l'entourage. Plus tôt la maladie est constatée, plus le sérum sera efficace et surtout ne laissera pas de séquelles trop importantes²⁸².

La pratique d'une hygiène générale rigoureuse, en insistant particulièrement sur la bouche les dents, la gorge et le nez, est impérative car il semble que le virus pénètre par ces voies. À ce titre, il faut désinfecter son nez matin et soir avec de la vaseline mentholée. Les gargarismes deux fois par jour sont également conseillés, avec de l'eau bouillie contenue dans un récipient ordinaire, additionnée d'un désinfectant suivant les indications du médecin²⁸³. Les soins de propreté quotidiens, soit les bains fréquents et lavage des mains avant chaque repas doivent être effectués avec minutie.

La désinfection individuelle ne se limite pas aux aspects du corps car il faut également nettoyer les crachats, vomissements, le linge et les objets du malade, ainsi que la pièce où il se trouvait. En cas de doute de contamination poliomyélitique, il faut appeler le médecin sans la moindre hésitation.

La protection collective

Les exemples sont assez nombreux, comme les mesures banales de désinfection ou bien ne pas visiter des foyers contagieux. Concernant la désinfection, c'est sous l'influence des théories pasteurienne qu'elle s'est instaurée. En effet, la désaffectation des locaux dans lequel a été soigné un malade atteint d'une affection contagieuse était une nécessité. C'est une mise en pratique de l'idée de détruire les agents pathogènes qui pourraient avoir été laissés dans le local contaminé. La chambre où il logeait était devenue une source de contamination il était impératif de la purger des microbes qu'elle contenait²⁸⁴. Mais, ce procédé prophylactique a fait faillite car d'après des études, il n'a jamais fait baisser la mortalité et n'a jamais enrayeré l'extension²⁸⁵. Cette observation est corroborée par le décret portant sur la liste des maladies contagieuses soumises à déclaration du 16 Mai 1936 où la désinfection totale n'est pas requise pour la poliomyélite. Ce qui est exigé partout, c'est moins la désinfection proprement dite antiseptique (dont l'action est douteuse), qu'une propreté parfaite des lieux publics où séjournent, par grand nombre, des personnes. Malgré tout, la

282 « La poliomyélite », *Le Figaro* (11/03/1931).

283 « La poliomyélite », *Le Journal* (27/10/1943).

284 « La lutte contre les microbes », *La Croix* (02/12/1941).

285 Dr. Maurice Lebon, « A propos de la désinfection », *Ouest-Eclair Rennes* (11/02/1931).

désinfection est toujours pratiquée au domicile du malade afin d'empêcher la transmission du virus à travers le milieu familial²⁸⁶, même si cette opération est réalisée tout en sachant que son champ d'action est peu actif, au contraire de la désinfection des matières fécales.

À côté de la désinfection, le licenciement des écoles est quasiment toujours adopté lorsqu'éclate une épidémie de poliomyélite. Cette fermeture est utilisée à titre préventif afin de ne pas provoquer une épidémie en confrontant des enfants malades à des enfants sains²⁸⁷. La maladie atteignant principalement les enfants, leurs rassemblements se doivent d'être supprimés. Il est recommandé de les garder à la maison pour éviter les contacts. En effet éviter les contacts est une priorité, c'est pourquoi l'isolement du malade est l'option la plus viable lors d'une manifestation de poliomyélite. L'isolement est une conduite ancienne typique en cas de menace épidémique²⁸⁸ et doit être appliqué pendant 30 jours. Ce nombre se retrouve également lorsque des enfants sont atteints, car il est convenu que la fermeture de l'école soit au minimum de 30 jours²⁸⁹. D'autres mesures prophylactiques sont recommandées, comme ne pas rendre visite à des malades ou de voyager dans des foyers épidémiques pour ne pas s'exposer à la contagion ; supprimer les rassemblements d'enfants dans les communes touchées (comme par exemple les remises des prix) ; ou encore d'admettre les enfants en colonie de vacances qu'après examen.

Les mesures prophylactiques sont donc de deux ordres, à savoir la protection individuelle et celle collective. La plupart de ces mesures sont des mesures standards puisque l'isolement et le licenciement des écoles sont très souvent utilisés. La désinfection générale n'est pas forcément efficace au contraire de la désinfection corporelle,²⁹⁰ notamment pour la bouche et le nez, porte d'entrée éventuelle de la maladie dans l'organisme. Ces mesures concernent la population et il en existe également dans le domaine militaire.

3. Les mesures sanitaires propres à l'armée

Nous savons que la guerre est favorable à l'apparition, au développement et à la prolifération de maladies et d'épidémies²⁹¹. La morbidité et la mortalité sont plus élevées chez les militaires que dans la population civile. C'est pourquoi des études empiriques ont été menées afin d'identifier les

286 H. Cambessedes, J. Pignot, J. Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aiguë », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 83.

287 « On nous écrit », *Ouest-Eclair Caen* (07/10/1930) ;

288 Patrice Bourdelais, « Entre médecine et société », *Communications*, n°66 (1998), La contagion, p. 21.

289 « Avis aux familles », *Ouest-Eclair Caen* (15/02/1932).

290 Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e – XX^e siècles)*, Paris, Anthropos, 1994, p. 189.

291 Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918 ; une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2015, p. 436.

maladies et épidémies responsables, ainsi que les facteurs de risques pour instituer des mesures générales. L'épidémie de 1930 dans l'est a forcé la création de normes spécifiques à la poliomyélite, mais des mesures générales sont en vigueur.

Les conditions générales

Elles sont de deux ordres, en temps de paix et en temps de guerre²⁹². En temps de paix, les soldats contractent le plus souvent des affections des appareils respiratoires et digestifs. Ils ont également une aptitude spéciale pour les fièvres éruptives comme la rougeole ou la scarlatine. Quoiqu'il en soit, six facteurs sont déterminants dans la contraction épidémique :

- *Âge* : Les paysans sont plus touchés que les citadins car ils viennent d'une localité saine et n'ont pas d'immunisation.
- *Changement de vie* : Le dépaysement joue et compte²⁹³.
- *La vie en commun* : Elle multiplie le contact et donc la transmission.
- *L'encombrement* : Soit la concentration qui influe sur la propagation.
- *L'alimentation* : Une quantité ou qualité insuffisante de la nourriture favorise le développement des infections²⁹⁴
- *Surmenage* : La fatigue favorise les infections aussi²⁹⁵.

De plus, au sein des campements militaires, deux périodes se distinguent dans l'apparition des maladies. La saison froide avec par exemple les bronchites, et la saison chaude avec par exemple la dysenterie. Nous pouvons également noter que l'épidémie de poliomyélite dans l'est en 1930, s'est manifestée au début de l'été, d'où l'importance de la polarisation saisonnière.

292 Dr. Ch Dopter, « Les maladies infectieuses dans l'armée », *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, série 4, n° 22 (1914), p. 352.

293 Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918...*, ouv. cit, p. 428.

294 Jean-Jacques Ferrandis, Alain Larcen, *Le service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, Paris, LMB, 2008, p. 509.

295 Ibid., p. 447.

Ainsi, les maladies et épidémies se développent même quand la guerre n'est pas déclenchée. Lorsque celle-ci démarre, la prolifération épidémique débute également avec une multiplication bien plus accrue. L'étude de Dopter met en évidence un accroissement épidémique important²⁹⁶. L'exemple de la guerre franco-allemande nous le démontre du fait qu'il y ait plus de malades que de blessés en campagne (malades : 420 000 ; blessés : 116 000). De plus, le taux de mortalité et de morbidité s'allonge avec la durée de la campagne. Ce sont les mêmes affections qui surviennent pendant la guerre (Typhoïde ; Dysenterie ; Paludisme ; Typhus ; Peste et choléra) d'où la constatation de pathologies spéciales et inhérentes à celle-ci²⁹⁷ :

Le plus important est d'éviter à tout prix la propagation. Par conséquent, pour lutter contre ces infections, il faut utiliser des moyens prophylactiques spéciaux, c'est à dire utiliser l'hygiène militaire et la prévention :

- *Isolement* : Les jours dépendent de l'infection²⁹⁸.
- *Désinfection* : des selles (eau de javel)²⁹⁹ ; linges ; vêtements et literie ; objets divers.
- *Nettoyage et désinfection des locaux* : Sciure de bois, chlorure de chaux, eau chaude, savon noir... Idem pour les meubles. Quant aux cabinets, c'est l'endroit le plus important au niveau de l'hygiène. La propreté est indispensable. Utiliser de l'huile lourde de houille pour les mauvaises odeurs³⁰⁰.

Mesures spécifiques à la poliomyélite

Suite à l'épidémie de 1930, des mesures ont été prises dans l'armée afin de protéger les troupes contre la poliomyélite, surtout pour celles stationnées dans la région³⁰¹. Il fallait éviter chez elles des contaminations qui auraient pu, une fois le retour des soldats dans leur foyer, entraîner la diffusion de la maladie. Ainsi, la prophylaxie présentait un double but à atteindre : premièrement, protéger les troupes de l'affection propagée dans la population civile. Secondement, protéger la population civile contre les infections pouvant éventuellement émaner de la population militaire. Le principal

296 « La poliomyélite », *Le Figaro* ((11/03/1931).

297 Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918...*, ouv. cit, p. 452.

298 Ibid., p. 520.

299 Jean-Jacques Ferrandis, Alain Larcen, *Le service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, ouv. cit, p. 513.

300 Direction du service de santé, « Instruction relative à la prophylaxie des maladies infectieuses », *Bulletin des Sciences Pharmacologiques*, 1917, p. 67.

301 « La poliomyélite dans l'armée », *Le Temps* (12/03/1931).

danger des garnisons militaires présentait lui aussi un double intérêt puisqu'il s'agissait de ne pas faire entrer au sein de la troupe des réservistes apportant avec eux les germes de la maladie et inversement, de ne pas laisser repartir dans la population civile des soldats ayant contracté la poliomyélite lors du rassemblement militaire³⁰². Pour ce faire quatre types de mesures ont été mises en place :

- Mesure destinée à empêcher l'importation du virus à la caserne
- Mesure à prendre en cas d'apparition dans plusieurs cas dans la caserne
- Mesure destinée à empêcher la diffusion dans le milieu militaire
- Mesure destinée à protéger la population civile contre l'infection du milieu militaire

Pour mener à bien ces différents points, les méthodes employées étaient les mêmes que celles utilisées dans la vie civile et appliquées aux cadres militaires : l'isolement, la surveillance médicale et la désinfection (notamment par gargarisme antiseptique) sont les méthodes à appliquer lorsqu'un soldat ou un membre de sa famille logeant à la caserne contractait la maladie³⁰³. De plus, le lait, ayant comme nous l'avons vu suspecté de transmettre la maladie, devait préalablement être soumis à une ébullition prolongée avant d'être consommé dans n'importe quel lieu de la caserne. Là où la prophylaxie était encore plus surveillée que dans le domaine civil était la surveillance du dépistage de la maladie, plus particulièrement chez les enfants des militaires.

Ces mesures ont été prises à l'occasion des manœuvres qui se sont déroulées début septembre dans la zone de la France. Celles-ci ont pu se dérouler sans qu'il y ait eu à enregistrer la diffusion redoutée de la poliomyélite : une seule attaque militaire a été observée chez un homme dont le régiment était parti de Nancy, et dans la population civile seulement trois cas furent signalés en pleine zone des manœuvres. Sur tout le territoire français, il n'a été signalé aucun cas ayant pour origine des réservistes. Les écoles d'enfants de troupe ont été entièrement préservées et aucunes atteintes de poliomyélite ne se sont manifestées après la rentrée scolaire.

302 Dr. Ch. Dopter, « Les maladies infectieuses dans l'armée », *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, série 4, n° 22 (1914), p. 352.

303 Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIè – XXè siècles)*, ouv. cit, p. 193.

La loi de 1902 a amené la politique sanitaire moderne, politique développée par la suite par des décrets pour le domaine épidémique³⁰⁴. Les mesures prophylactiques de la poliomyélite sont le fruit du mélange entre les modalités générales et des mesures spécifiques liées aux caractéristiques propres de la maladie. Le domaine militaire est également assujéti à des mesures de prévention et a même développé des spécificités lors de l'épidémie de l'est en 1930. Du reste, ce cadre législatif ne peut pas contenir la maladie à lui seul et c'est au domaine médical d'agir, notamment avec la création de sérum.

304 Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918...*, ouv. cit, p. 424.

Chapitre VIII – La sérothérapie

« Injection d'antisérum ou d'anticorps (immunoglobulines) spécifiques dans le but d'induire une immunité passive contre certaines maladies infectieuses (diphtérie, tétanos, rage) ou contre certaines toxines d'origine bactérienne (diphtérie, tétanos...) ou animale (p. ex. venins) chez un sujet infecté ou intoxiqué (envenimation). »³⁰⁵

Telle est la définition de la sérothérapie. Tout au long de la première partie du XXe siècle, nombreuses ont été les recherches sur les sérums afin de développer un moyens efficaces pour lutter contre les infections et maladies épidémiques. À l'instar de la diphtérie et de la rougeole, la poliomyélite a eu elle aussi son lot de recherches et de découvertes dans ce domaine pour aboutir à l'élaboration de deux sérums. Le premier est issu du sang de convalescents (3) et le second constitué à partir de sang animal (2). Ces deux traitements ont fait l'objet de beaucoup de communiqués scientifiques et ont été rapportés dans la presse. À partir de là, un bilan peut être tiré (3).

1. Le sérum de convalescents

Dès 1909, suite aux diverses épidémies de poliomyélite en Europe, la recherche sérologique est devenue un enjeu capital pour prévenir d'éventuelles manifestations. Ceux sont les Dr. Levaditi et Netter qui ont travaillé dans ce sens³⁰⁶.

La création du sérum

Ces deux chercheurs ont mis au point, à partir de leurs travaux, un sérum issu du sang d'anciens malades, ce que l'on nomme le sérum d'anciens convalescents. C'est avec une expérience sur des enfants qu'ils ont découvert les propriétés préventives du sang d'anciens malades : deux avaient été atteints de paralysie infantile il y a peu (trois mois) et le troisième avait contractée la maladie il y a 11 ans. Pour étayer leurs études et mettre en lumière une éventuelle action du sang déjà contaminé, les deux scientifiques ont testé sur des singes deux sérums faits à partir des trois enfants :

305 Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine [en ligne]. Version 2016. Disponible à l'adresse :<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Sérothérapie>.

306 Constantin Levaditi, Arnold Netter, « Action microbicide exercée sur le virus de la poliomyélite aiguë », *Compte-rendu des séances de la Société de Biologie*, n°68 (1910), p. 855.

- Le 1^{er} sérum est constitué à partir du sang des deux premiers enfants.
- Le 2nd sérum est constitué à partir du troisième enfant.

L'action du premier sérum neutralise complètement le virus alors que le second l'atténue seulement. Par conséquent, le sang d'anciens malades confère un pouvoir neutralisant vis à vis du virus poliomyélique. Mais, pour que la méthode soit efficace il faut agir dès le début de l'infection, c'est à dire avant le début des paralysies. De ce fait l'action du sérum est limitée dans le temps³⁰⁷ et il ne s'avère utile seulement lorsqu'une épidémie de poliomyélite se déclare car il est impossible de diagnostiquer cette maladie avant les atteintes paralytiques.

À partir de cette expérience, d'autres ont suivi afin de tester et d'éprouver leur sérum, notamment le mode d'injection qui se fit dans le canal rachidien de 1910 à 1920³⁰⁸. De plus, d'après les observations de leur élève, Salanier³⁰⁹, cette thérapeutique pouvait répondre aux trois problèmes suivants :

- Arrêt de l'accroissement d'une forme progressive.
- Disparition d'une paralysie déjà constituée.
- Prévention de toute paralysie lorsque le traitement est donné avant l'apparition de celle-ci.

En général, ce sérum n'était pas utilisé chez des patients dont la paralysie était installée depuis plus d'une semaine car son action était nulle. Pour l'entreposer, il était conservé dans des ampoules dans lesquelles il gardait son action pendant plusieurs années.

Les dons de sang

L'élaboration ne pouvait se faire que sur la base de dons de sang dont on disait compliqué à acquérir³¹⁰, ce qui était le cas lors de l'épidémie de 1930³¹¹. Pourtant, ces difficultés étaient

307 Constantin Levaditi, Arnold Netter, « Action microbicide exercée sur le virus de la poliomyélite aiguë », *Compte-rendu des séances de la Société de Biologie*, n°68 (1910), p. 857.

308 Arnold Netter, « Le sérum d'anciens malades dans le traitement des poliomyélites », *La Presse Médicale*, n°70 (1930), p. 1170.

309 Ibid., p. 1169.

310 « Comment lutter contre la poliomyélite », *Le Journal* (19/09/1935).

311 Compte rendu de Rohmer, Meyer, Philizot, Tassovatch, Vallette, Willemin, « L'épidémie de poliomyélite en Alsace en 1930 », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°19 (1931), p. 368 dans Robert Clément, « Strasbourg Médical », *La Presse Médicale*, n°10 (1932), p. 29.

exagérées selon Arnold Netter : malgré le caractère intermittent et sporadique des épidémies de poliomyélite, elles ont continué de se produire tout au long de la première moitié du XXe siècle, en France et ailleurs, comme nous l'avons montré précédemment³¹². Elles laissaient des traces apparentes et la paralysie obligeait à s'adresser à des médecins, des orthopédistes. De ce fait, des malades, ou plutôt des anciens malades, vivaient dans différentes localités et étaient potentiellement susceptibles d'être la source pour constituer ledit sérum. C'est d'ailleurs dans ce sens que des campagnes pour le don de sang circulaient de temps en temps pour composer à nouveau un stock conséquent en cas d'apparition épidémique³¹³. Bien entendu, il fallait encore qu'ils le veuillent, chose qui était compliquée selon le Dr. Pettit³¹⁴.

Malgré les objections et les doutes du Dr. Pettit, les campagnes de dons de sang auraient été des succès en terme de donateurs³¹⁵. Les anciens malades se prêtaient volontiers à ces prélèvements, ce qui impliquait que les grands hôpitaux, comme l'hôpital Trousseau, avaient constamment un certain nombre d'ampoules de sérum en réserve. Au cours de nos recherches, nous sommes tombés épisodiquement sur des articles invitant les anciens malades à donner leur sang, comme les 23³¹⁶ et 30³¹⁷ Août 1943 ou dans les pages du *Petit Parisien*, le secrétaire d'Etat à la santé lançait un appel auprès des malades guéris de la poliomyélite dans le but de créer des sérums et de constituer un stock suffisant. Ce sérum n'était pas utilisé qu'en France car il se trouvait à disposition des instituts et médecins australiens lors de l'épidémie de 1931/1932³¹⁸. D'ailleurs, son action a été saluée, même si elle n'a pas été efficace dans cent pour cent des cas.

Il était capital et vital de préparer et de stocker des réserves de sérum de convalescents pour prévenir les cas de manifestation de poliomyélite. De ce fait, la préparation d'un tel approvisionnement ne pouvait se dérouler que sous l'égide d'une organisation adéquate, calquée sur le modèle américain. La constitution d'une commission, afin de déterminer les moyens permettant d'élaborer et de mettre à disposition des médecins des quantités suffisantes, a été demandée par Constantin Levaditi à l'Académie de Médecine, ce qu'il a obtenu³¹⁹. C'est à l'Institut Pasteur qu'est revenue la charge de préparer et de conserver le sérum, puis de l'envoyer lorsque la demande en est

312 Cf. Deuxième Partie, p. 40

313 « Une épidémie de poliomyélite dans l'Allier », *Ouest-Eclair Caen* (16/08/1943).

314 « Comment lutter contre la poliomyélite », *Le Journal* (19/09/1935).

315 Arnold Netter, « Le sérum d'anciens malades dans le traitement des poliomyélites », art. cit, p. 1170.

316 « La lutte contre l'épidémie de poliomyélite », *Le Petit Parisien* (23/08/1943).

317 « Des malades atteints de poliomyélite offrent quotidiennement leur sang », *Le Petit Parisien* (30/08/1943).

318 Compte rendu de A.-H. Tebbut, Katen Helms, « Compte rendu de l'épidémie de poliomyélite dans les Nouvelles-Galles du Sud, 1931-1932 », *The Medical Journal of Australia*, tome I, n°2 (1933) dans CLÉMENT (Robert), « The Medical Journal of Australia », *La Presse Médicale*, n°40 (1933), p. 93.

319 Ch. Dauzats, « La poliomyélite », *Le Figaro* (11/03/1931).

faite³²⁰.

Malgré tout, nous pouvons légitimement nous poser la question de ce qu'il advient lorsque le sang vient à manquer. Les médecins s'adressaient, faute de mieux, aux membres d'une famille ou du personnel hospitalier ayant entouré des malades sans avoir présenté des signes de maladies, ou encore à des adultes qui n'avaient présenté aucuns signes apparents de la maladie. L'efficacité n'était pas la même mais réussissait tout de même à faire office de traitement. Quoiqu'il en soit, l'autorité publique ne pouvait se satisfaire de cette situation, et le développement d'un nouveau sérum avec une autre « base » était inévitable.

2. Le sérum à base animal du professeur Auguste Pettit

Bien que le sérum de convalescent soit efficace, il était compliqué de se procurer du sang d'anciens malades pour une maladie qui sévit aléatoirement et sporadiquement au fil des années, malgré une violence sur ses victimes. De ce fait, la synthétisation d'un sérum à partir de sang animal présentait des avantages conséquents au niveau quantité, si la qualité médicale était au rendez-vous. C'est dans cette optique que des chercheurs américains ont travaillé, sans connaître de résultats³²¹.

La création du sérum

En 1927, une petite épidémie de polio raviva les angoisses en France, et le professeur Pettit fut sollicité pour travailler sur la question de la sérologie³²². Devant la difficulté à se procurer du sang de convalescents, il se tourna à l'instar des chercheurs américains, sur la confection sérothérapique à partir de sang animal, notamment avec le sang de cheval et de singe. La préparation se déroulait comme cela : Le sérum de cheval est obtenu en inoculant un cheval avec un virus poliomyélitique produit par des singes. Au bout d'environ trois mois, le sérum est soumis à un examen : seuls les chevaux produisant un sérum immunisant sont retenus pour la récolte de la substance médicamenteuse³²³.

La difficulté majeure pour produire ce genre de sérum était d'ordre matérielle. L'achat et l'entretien des animaux coûtaient cher, notamment la nourriture des singes (pains, bananes, figues, oranges, laits). Leur prix d'achat était aussi très élevé, puisqu'un singe, d'espèce cynocéphale ou rhésus, pesant 18 à 20 kg, coûtait de 1200 à 1500 francs et, de plus, deux sur trois mourraient au

320 « Les pharmacies devraient être pourvues de sérum antipoliomyélitique », *Ouest-Eclair Rennes* (05/01/1931).

321 Dr Maurice de Fleury, « Que faire pour avoir des singes ? » *Le Figaro* (07/03/1923).

322 F. Gravereau, « A l'Institut Pasteur », *Le Petit Parisien* (27/12/1930).

323 Ibid.,

cours du voyage depuis leur forêt natale africaine avant d'arriver en France. D'autre part, sur un lot de chevaux préparés, un tiers des animaux tout au plus fournissait un produit riche en immunisine. Lorsque nous additionnions tous ces facteurs, nous obtenions un sérum dont le prix au litre de sérum revenait à 4000 ou 5000 francs³²⁴. Pour pallier à ces frais, l'institut Pasteur avait créé un centre d'élevage de singe en Guinée³²⁵ mais cela restait compliqué, même si il est vrai que cette solution représentait un substitutif efficace au sérum d'anciens malades.

Tout comme son homologue à base humaine, l'efficacité de ce sérum était sujette à question. Un article écrit par un collaborateur du journal *Le Journal*³²⁶ se montrait particulièrement dithyrambique sur l'utilisation et la performance de ce sérum. En effet, selon ses dires, l'administration à tout malade dans les premières heures de l'infection avait toutes les chances de repousser la maladie, c'est à dire d'éviter la mort du malade mais également de le préserver des paralysies des membres. Par contre, son efficacité diminuait à mesure que le temps de contamination augmentait : l'action du remède faiblissait au bout de quelques jours pour aboutir à un résultat nul au bout de quelques semaines. Pour résumer, le sérum confectionné à partir de sang animal voit une efficacité optimale en début d'infection, avant de décroître au fur et à mesure que le temps et les jours passent. De plus, lors de l'épidémie de 1930 dans l'est de la France, sur les 186 enfants pris en charge et traités dès le début de leur maladie à cette clinique, 83 ont reçu du sérum antipoliomyélitique de cheval du docteur Pettit mais son action n'a pu être démontrée faute de résultat non concluant³²⁷.

Le sérum concentré

Afin de corriger et intensifier le pouvoir immunisant de son sérum animal, le professeur Pettit a développé la fabrication d'un sérum antipoliomyélitique concentré, constitué à partir de sang animal³²⁸. Pour cela, il faut qu'il renferme des substances immunisantes (immunisines), quelque soit l'origine de l'espèce zoologique. Le but avoué est de trouver le bon dosage pour avoir un sérum efficace, notamment à partir d'expériences sur des chevaux et des singes, animaux d'études de base pour le Dr. Auguste Pettit.

324 F. Gravereau, « A l'Institut Pasteur », *Le Petit Parisien* (27/12/1930).

325 Dioscoride, « La vie médicale », *Le Journal* (19/09/1935).

326 Ibid.

327 P. Rohmer, R. Meyer, Mlle Phelizot, Tassovatz, Vallette et Willemin. Observation clinique et thérapeutique faite pendant l'épidémie de poliomyélite d'Alsace en 1930, Strasbourg émdical, Tome XCI, n°24 (1930)

328 Auguste Pettit, Berthe Erber, « Sérum antipoliomyélite concentré », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n° 13 (1932), p. 456.

Il ressort que la teneur en immunisines du sérum concentré de cheval est notablement supérieure à celles des mélanges de sérums de convalescents utilisés pour le traitement des malades. Comparé aux autres sérums, il aurait un pouvoir immunisant quadruple des sérums les plus forts faits à partir de singes³²⁹. À l'inverse, on ne peut établir une comparaison précise entre son pouvoir immunisant et le pouvoir immunisant du sérum de convalescent³³⁰. Néanmoins, l'Académie de Médecine estime qu'en prévision d'une réapparition possible de la poliomyélite : « *il est désirable de pouvoir mettre à la disposition du corps médical une provision suffisante de sérum d'anciens malades et de sérum d'origine animale.* »³³¹

3. Le bilan de l'action sérothérapique

À partir des années 1940, la sérothérapie a paru délaisser non seulement en France, mais aussi à l'étranger étant donné l'inconstance de ses résultats. Déjà en 1931, suite à l'épidémie dans l'est de la France déroulée un an plus tôt, les médecins alsaciens avaient employé les deux types de sérum pour soigner et guérir les victimes. Il en était ressorti que le sérum de convalescent était efficace dans certains cas et, qu'à l'inverse, le sérum du Dr. Pettit était inefficace³³². De plus comme nous avons pu le voir, quelque soit le sérum utilisé, cette méthode a eu une action curative incertaine dans l'infection poliomyélitique³³³. De ce fait, le mot d'ordre a été de faire l'éducation du public sur la sérothérapie, dont l'opinion lui avait été trop favorable, car elle attribuait dans la conscience collective au sérum antipoliomyélitique la même efficacité qu'aux sérums antidiphthériques et antitétaniques³³⁴, et de toute façon la prohibition définitive de l'injection par voie rachidienne était actée.

Quoiqu'il en soit, ce traitement a connu un essor grandissant tout au long des années 1900/1950. d'ailleurs, les journaux ont régulièrement relayé les découvertes et informations sur le sujet. À partir de cette constatation, nous avons réalisé un tableau récapitulatif par journaux tous les articles affairants soit directement aux sérums, soit indirectement en relayant les appels aux dons de sang lancés par l'autorité publique afin de constituer des stocks suffisants. Nous avons donc construit un tableau, sous la même forme que celui réalisé pour l'épidémie de 1930, mais en ne conservant

329 « Académie de Médecine », *Le Figaro* (06/04/1932).

330 Auguste Pettit, Berthe Erber, « Sérum antipoliomyélite concentré », art. cit, p. 456.

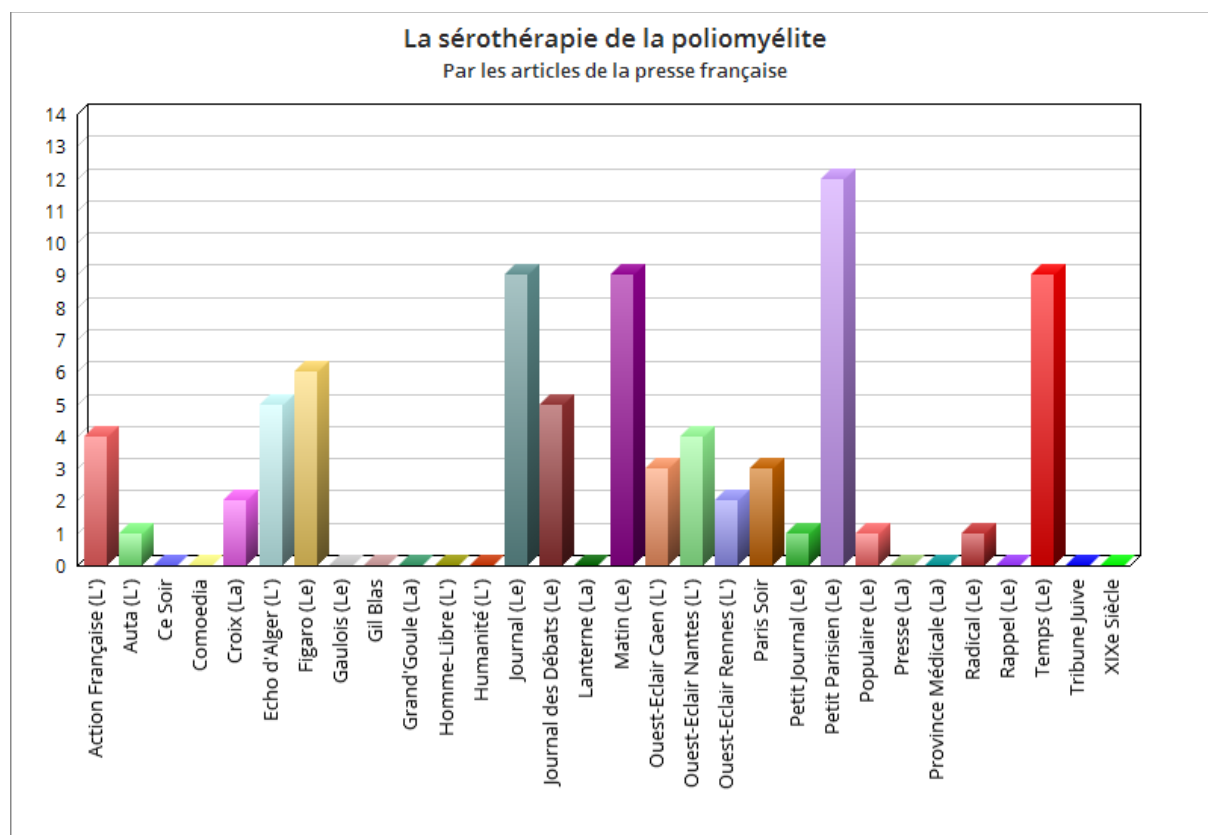
331 Ibid., p. 459.

332 « Par du sérum de cheval ou du sérum de convalescent ? », *Le Matin* (04/03/1930).

333 H Cambessedes, J Pignot, J Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aiguë », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 84.

334 Ibid., p. 84.

seulement que trois colonnes : une pour le nom des journaux, une pour le nombre d'article total et une dernière pour le nombre d'articles portant sur les sérums³³⁵. Compte tenu de cet outil, nous avons réalisé un diagramme afin d'analyser la répercussion dans les journaux français.



Nous pouvons constater que la sérothérapie n'a pas forcément été l'objet d'une retranscription journalistique extraordinaire. En effet, bien que 17 journaux ont relayé ce sujet sur les 30 étudiés, le journal en mentionnant le plus est *Le Petit Parisien* avec 12 articles pour la période 1900/1950, ce qui est relativement peu. En général, ce sont les grands quotidiens français qui ont relaté ces travaux, bien que *L'Ouest-Eclair*, quotidien régional, l'ait fait aussi. La plupart de ces articles ont été le fruit de l'Académie de Médecine pour présenter les avancées sur le sujet.

La sérothérapie s'est progressivement imposée comme le remède par excellence pour contrer la poliomyélite au début du XXe siècle. Tout d'abord constitué à partir de sang d'anciens malades, puis avec du sang animal, l'utilisation des sérums a, au fur et à mesure des années, développé une certaine défiance vis à vis de la communauté scientifique du fait de son efficacité mitigée, voir nulle. Par conséquent, il était logique de voir se multiplier des méthodes alternatives pour pallier un remède chancelant.

335 Cf. Tableau 5, p. 117.

Chapitre IX – Les méthodes et traitements alternatifs

La sérothérapie se révélant être un traitement dont l'action thérapeutique connut des résultats contestés, il paraît normal que les traitements alternatifs se soient développés en parallèle de la recherche sur le sérum. Pour la plupart conçus à l'étranger, ils ont connu des fervents adeptes en France. Ces remèdes sont de plusieurs ordres, c'est-à-dire qu'ils interviennent soit en prévention de la maladie, soit sur ses conséquences, donc sur les paralysies. Pour résumer, nous pouvons étiqueter ces méthodes et traitements sous les dénominations suivantes : les traitement invasifs (1) et ceux qui ne le sont pas (2). A coté de ces procédés, il en existe d'autres, beaucoup plus marginaux et excentriques (3).

1. Les traitements invasifs

Les traitements invasifs sont des procédés qui s'étendent dans l'organisme, quelque soit leur mode d'ingérence. Concernant la poliomyélite, nous en avons catalogué trois : la radiothérapie, les pulvérisations nasales et la vaccination.

Radiothérapie

Développée au début du XXe siècle, la radiothérapie était au départ utilisée comme traitement de la peau³³⁶. L'idée de traiter la paralysie engendrée par la poliomyélite avec la radiothérapie est le fruit du professeur Bordier de Lyon. Pour être efficace, cette méthode doit être appliquée trois jours consécutifs et renouvelée chaque mois pendant trois ou quatre mois. Il a noté que pour être efficace, cette technique doit être pratiquée aussitôt que le diagnostic est posé. À la radiothérapie, il faut ajouter de la diathermie sur les membres malades, soit une chaleur produite électriquement destinée à pénétrer l'organisme³³⁷. Approuvée par certains, rejetée par d'autres³³⁸, le docteur Louis Duhem, chef du service central de l'électroradiologie de l'hôpital de la Pitié depuis de longues années, a travaillé sur le traitement de la poliomyélite via la radiothérapie et a publié ses résultats afin de jauger son efficience. Ainsi, sur 250 cas, 150 ont suivi le traitement avec

336 « La poliomyélite sera-t-elle vaincue par la radiothérapie ? », Le Petit Journal (26/12/1930).

337 Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine [en ligne]. Version 2016. Disponible à l'adresse :<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Diathermie>.

338 H Cambessedes, J Pignot, J Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aigüe », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 84.

radiothérapie et 100 l'ont suivi sans³³⁹. Le Dr. Duhem distingue également les malades atteints de réaction de dégénérescence (DR) de ceux qui ne le sont pas. Nous avons décidé de retranscrire les chiffres obtenus par le Dr. Duhem afin d'avoir une analyse complète et détaillée de ces résultats pour déterminer l'efficacité de son action :

| Avec Radiothérapie : 150 | | | Sans Radiothérapie : 100 | | |
|--------------------------|---|--|--------------------------|---|--|
| Avec DR | 125 soit 83% | | Avec DR | 81 soit 81% | |
| | Guéris : 17 soit 13,6% Améliorés : 24 soit 19,2% Non guéris : 84 soit 67,2% | | | Guéris : 12 soit 15% améliorés : 17 soit 21% Non guéris : 52 soit 64% | |
| Sans DR | 25 soit 17% | | Sans DR | 19 soit 19% | |
| | Guéris 25 soit 100% | | | Guéris 19 soit 100% | |

D'après ces données, il apparaît que les malades ne présentant pas de réactions de dégénérescences totales guérissent tous puisque le pourcentage est de 100% avec ou sans radiothérapie. Sur les malades atteints de réaction de dégénérescence, le pourcentage de guérisons, d'améliorations ou de non-guérisons est quasiment le même, que l'on ait employé la radiothérapie ou non. Par conséquent, ce procédé ne connaît pas de fulgurances et ne révolutionne pas le traitement de la polio³⁴⁰. De plus, lors de cas graves, l'action est loin d'être opérante. À l'inverse, dans les cas où la paralysie est légère et moyenne, la méthode semble donner des résultats mais il est vrai que c'est dans cette période que les paralysies ont tendance à régresser spontanément, par conséquent, il est vraiment difficile de juger si les guérisons après traitement sont d'origine radiothérapique ou naturelle. Si l'utilisation de la radiothérapie il doit y avoir, elle doit se faire dans ce moment propice pour agir en même temps que la rémission naturelle. Le docteur Delherm recommande sans hésitation d'appliquer ce traitement d'une façon aussi « précoce » que possible car il ne comporte aucun danger avec la technique du docteur Bordier³⁴¹.

Cette technique par radiothérapie a fait parler d'elle mais au vu des résultats précédents, son efficacité est loin d'être prouvée. D'ailleurs, la plupart des auteurs relatant le fonctionnement de cette technique évoquent ces résultats au conditionnel. Nous pensons que ce traitement n'a pas concrétisé les espoirs placés en lui car il n'a pas été retenu comme méthode à utiliser dans l'éventuelle création d'un centre spécialisé pour les malades de la poliomyélite³⁴². Et le professeur Rohmer ajoutait « je n'ai pas vu des faits certains de la radiothérapie précoce, bien que je l'ai

339 P. Duhem, « La Physiothérapie dans le traitement de la poliomyélite », *La Presse Médicale*, n°22 (1931), p. 401.

340 Ibid., p. 402.

341 « La poliomyélite sera-t-elle vaincue par la radiothérapie ? », *Le Petit Journal*, 26/12/1930.

342 H Cambessedes, J Pignot, J Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aiguë », art. cit, p. 84.

employé dans tous les cas. »

Les pulvérisations nasales

La méthode de la pulvérisation nasale est une méthode venant d'Amérique, développée par deux chercheurs, Armstrong et Harrison³⁴³. L'idée d'un tel procédé préventif est due aux études menées par Schultz et Gebhardt, qui ont identifié le processus de contagion de la poliomyélite dans l'organisme par les muqueuses nasales³⁴⁴. Ainsi, l'idée de rendre cette voie impénétrable a germé dans l'esprit des chercheurs américains et a abouti à cette pratique. Tout d'abord cantonnée aux Etats-Unis, elle fait son apparition en France via le professeur Sureau, chef du centre de transfusion sanguine, qui en a fait un essai sur les 11 000 employés du Ministère de la Production industrielle.

L'objectif est de rendre résistante cette paroi sensible et poreuse, afin de créer une sorte de barrière au virus de la poliomyélite. Pour cela, une solution chimique a été mise au point, selon le schéma suivant :

- Solution A : Acide picrique et eau salée Physiologique.

- Solution B : Alun de soude et eau salée Physiologique.

Comme nous pouvons le constater, le procédé est un mélange de deux solutions égales, utilisant trois composants. Pour la préparation, il faut verser une cuillère à café de chaque solution dans un vaporisateur ordinaire (de toilette par exemple), puis pratiquer la pulvérisation dans chaque narine en orientant la pointe du vaporisateur de 45 degrés, jusqu'à sentir le liquide couler dans la gorge. Pour être efficace, la pulvérisation doit être répétée quatre fois par jour, un jour sur deux pendant sept jours. Cette protection semble agir pour trois ou quatre mois³⁴⁵. Après ce délai, il faut renouveler l'opération. Par cette méthode, la poliomyélite serait en régression³⁴⁶.

Malgré cet engouement nouveau, il semblerait que la technique connaisse en vérité des controverses. Premièrement, bien que la contagion par la muqueuse nasale soit avérée³⁴⁷, cette voie de pénétration n'est pas exclusive³⁴⁸, ce qui limite le champ d'action de la pulvérisation à cette paroi

343 « Le dévouement des rescapés de la poliomyélite a permis de sauver de nombreux malades », *Le Journal* (16/11/1943).

344 « Précautions à prendre contre la poliomyélite », *La Croix* (12/10/1943)

345 Janine Reigner, « A-t-on découvert le remède préventif de la poliomyélite », *Paris Soir* (20/10/1943).

346 Ibid.

347 Cf. Première partie, chapitre II, p. 23.

348 Ibid.

nasale. Secondement, l'efficacité de l'acide picrique a été détrônée par le sulfate de zinc³⁴⁹. En effet, même si le mélange d'acide picrique et d'alun a été recommandé pour les solutions de pulvérisations nasales, le sulfate de zinc était utilisé depuis 1936 en clinique. Les milieux médicaux avaient une opinion peu favorable de cette méthode car, malgré des résultats incontestables sur les singes, le procédé ne pu être efficacement appliqué sur les hommes³⁵⁰. De plus, bien que le sulfate de zinc opérait efficacement, son action était bien trop puissante et ne se contentait pas de protéger contre la poliomyélite, mais entraînait des effets secondaires néfastes (comme des brûlures). Compte tenu de ces constatations, les auteurs de la méthode l'abandonnèrent et elle resta uniquement dans le domaine expérimental. En effet, la publicité faite par quelques journaux³⁵¹ s'est avérée bien trop précoce et surtout mal venue : certains ont diffusé une note bibliographique sur cette méthode de pulvérisation alors qu'elle était uniquement destinée aux médecins, seuls juges pour l'administrer ou non. Des accidents ont eu lieu lors d'utilisation, sans que l'on connaisse véritablement lesquels, et le Secrétariat d'Etat à la Santé a mis en garde la population contre son utilisation³⁵². Malgré tout, la Commission des Epidémies a retenu le procédé des pulvérisations, mais avec d'autres substances beaucoup moins controversées que l'acide ou le zinc, à savoir une solution formée d'huile d'eucalyptus ou formolée³⁵³.

La vaccination

L'histoire de la poliomyélite, comme bien d'autres épidémies, est indissociable de celle de son vaccin. La recherche constante de développer un vaccin efficace en vue de prévenir une maladie contagieuse et meurtrière est un objectif constant depuis la découverte de Jenner en 1796³⁵⁴. Mais, nos sources journalistiques et médicales ne nous ont pas apporté d'informations sur ce sujet. Aucuns articles ni traité n'a mentionné une quelconque recherche ou tentative de création vaccinale concernant la poliomyélite. C'est par le biais de nos lectures spécialisées que nous avons appris les tenants et aboutissants de ce traitement. En effet, la recherche vaccinale était essentiellement le fait des chercheurs américains. Elle s'intensifia dans les années 30 pour finalement aboutir à la création non pas d'un seul vaccin mais de deux. Ces découvertes sont le couronnement des travaux de deux chercheurs, Jonas Salk et Albert Sabin, qui ne travaillant pas ensemble ont chacun engendré un

349 Jean-Constantin Levaditi, Pierre Lépine, « A propose de la prophylaxie de la poliomyélite par une méthode de pulvérisations nasales », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°43 (1943), p. 277.

350 Un homme avait contracté la poliomyélite alors qu'il avait subi le traitement.

351 Nous n'avons trouvé aucune trace de ces publicités lors de nos recherches, mis à part les trois articles détaillant technique.

352 « A propos de la prophylaxie de la poliomyélite », *Le Matin* (30/10/1943).

353 H Cambessedes, J Pignot, J Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aigüe », art. cit, p. 83.

354 Anne-Marie Moulin, « A l'aube de la médecine préventive : la variolisation », *Tribune Médicale*, n°19 (1982), p. 28-32.

vaccin capable de prévenir la maladie. Cette course de la découverte vaccinale est très bien racontée par Anne-Marie Moulin³⁵⁵ mais surtout par David Oshinsky, qui nous apprend en sus que les deux chercheurs alors concurrents, éprouvaient une animosité réciproque, chacun voulant « battre » l'autre³⁵⁶. Deux types de vaccin sont alors conçus, développés et produits :

→ Le Vaccin Poliomyélitique Inactivé Injectable (VPI)

→ Le Vaccin Poliomyélitique Oral (VPO)

Le VPI a été développé par Jonas Salk au début des années cinquante et officiellement annoncé en 1955. Il donne une bonne immunité générale du fait des 3 sérotypes de virus inactivés qu'il contient. Ce vaccin a longtemps été conditionné à un nombre réduit de pays du fait de son coût. Le problème est qu'il nécessite plusieurs injections et des rappels réguliers.

A l'inverse, le VPO possède de multiples avantages : facile à utiliser car il ne nécessite pas d'injection ; confère rapidement une bonne immunité générale et une immunité locale au niveau de l'intestin (réduisant par conséquent la transmission du poliovirus sauvage) ; son coût beaucoup plus abordable que le VPI. Ce vaccin a été développé par Albert Sabin en 1957. Il contient également les trois sérotypes du virus, mais ceux-ci ne sont pas inactivés mais vivants, atténués à la suite de mutations. Ses principaux inconvénients sont sa mauvaise conservation aux températures ambiantes et son instabilité génétique, cause possible de cas extrêmement rares de « poliomyélite paralytique associée au vaccin » apparaissant quelques jours après la vaccination chez les sujets vaccinés ou leurs proches non vaccinés³⁵⁷. Il n'empêche que les avantages du VPO expliquent qu'il ait été jusqu'à maintenant l'outil privilégié du programme d'éradication, reléguant au second plan celui de Salk.

En France, la vaccination antipoliomyélitique a été introduite dans le calendrier vaccinal français en 1958 pour le vaccin inactivé de Salk, et en 1962 pour le vaccin oral de Sabin³⁵⁸. La vaccination devient obligatoire à partir de 1964³⁵⁹. Actuellement, seuls les vaccins à virus inactivés

355 Anne-Marie Moulin, *L'aventure des vaccins*, Paris, Fayard, 1996, p. 297-328.

356 David Oshinsky, *Polio : A american story*, Oxford University Press, 2005, 368 p.

357 Institut Pasteur, Poliomyélite [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/poliomyelite>

358 MesVaccins, *Poliomyélite* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.mesvaccins.net/web/diseases/4-poliomyelite>

359 *Loi n°64-643 du 1er juillet 1964 relative à la vaccination antipoliomyélitique et à la répression des infractions à certaines dispositions du code de la santé publique*. Journal Officiel du 2 Juillet 1964, p 5762.

injectables sont commercialisés, suite au retrait du vaccin trivalent Sabin Poliovac Mérieux en 1999³⁶⁰. Ces vaccins sont disponibles uniquement en association avec d'autres (diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire, poliomyélite, plus éventuellement infections à haemophilus influenza b et hépatite B)³⁶¹. Comme toutes les autres maladies bénéficiant d'un vaccin, la poliomyélite dispose d'un schéma vaccinal en plusieurs étapes pour une optimisation maximale³⁶² :

Tout d'abord, une dose à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois suivie d'une dose de rappel à 11 mois avec un vaccin combiné comportant la valence D. Ensuite, plusieurs rappels sont à effectuer :

-
- à 6 ans : une dose de vaccin DTCaPolio.
 - entre 11 et 13 ans : une dose de vaccin dTcaPolio.
 - à 25 ans : une dose de dTcaPolio, ou, si la personne a reçu une dose de vaccin coquelucheux depuis moins de 5 ans, une dose de dTPolio.
 - à 45 ans : une dose de dTPolio.
 - à 65 ans : une dose de dTPolio.
 - à 75 ans, 85 ans, etc. (intervalle de dix ans au-delà de 65 ans) : une dose de dTPolio.
-

Que ce soit la radiothérapie ou les pulvérisations nasales, ces traitements n'ont pas réussi là où les sérums ont également échoué, c'est à dire de proposer un procédé médical capable de soigner, ou du moins de limiter les effets de la poliomyélite. Quant aux vaccins, leurs efficacités n'est pas à prouver mais leur découverte est survenue dans les années 50, soit après notre période de recherche malgré une course à la vaccination à partir des années 30. Les traitements invasifs n'ont pas donné de résultats, place à ceux qui ne s'insèrent pas dans le corps humain.

2. Les traitements non-invasifs

Par définition, un traitement non-invasif est « une méthode thérapeutique qui ne nécessite ni l'effraction de la peau ou des muqueuses, ni la pénétration par un orifice naturel »³⁶³. Concernant la poliomyélite, il s'agit à la fois de méthode de rééducation des membres paralysés et également d'assistance matérielle pour aider les malades à vivre.

360 Il provoquait plus de poliomyélites post-vaccinales qu'il n'y avait de cas de la maladie naturelle, le dernier cas autochtone datant de 1989.

361 Infovaccin, *Poliomyélite* [en ligne]. Disponible à l'adresse: http://www.infovaccin.fr/zoom_polio.html

362 Benoît Vallet, « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Hors-série (2016), 47 p.

363 Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine [en ligne]. Version 2016. Disponible à l'adresse :<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=non-effractive>.

Le centre de Saint-Fargeau

Le traitement des paralytiques était exclusivement basé sur la chirurgie : on opérait le patient pour corriger une mauvaise attitude ou on transplantait un muscle afin de suppléer celui dont l'action était défectueuse. Mais cette thérapie était loin d'être optimale pour le rétablissement, et la croissance de l'enfant ou une mauvaise surveillance post-opératoire venait ruiner les résultats obtenus. C'est pourquoi, en Mai 1919, le centre de Saint-Fargeau a vu le jour, sous l'impulsion de Mme Delpech-Poidatz, ancienne victime de la poliomyélite³⁶⁴. Elle passa son enfance à errer entre les divers spécialistes de la question, passant du chirurgien à l'orthopédiste, de l'électricien au masseur, et à faire de longs séjours dans les cliniques des pays voisins en espérant retrouver un semblant de motricité. Finalement, elle parvint à guérir par un effort de rééducation musculaire qu'elle a poursuivi pendant des années. C'est dans cette optique qu'elle fonda ce centre dans le village de Saint-Fargeau situé en Seine-et-Marne, aux environs de la forêt de Fontainebleau, uniquement disposé à recevoir des enfants ou des jeunes adolescents³⁶⁵.

Les moyens thérapeutiques utilisés à Saint-Fargeau sont exclusivement basés sur des méthodes éducatives, secondées par des traitements électriques. C'est avec la mobilisation active³⁶⁶, par le travail progressif et raisonné des muscles que la régression des atrophies et la régénération fonctionnelle s'obtiennent, tout en donnant une place prépondérante à l'électrothérapie afin de stimuler les muscles sclérosés. En effet, l'interrogatoire électrique était un moyen précis pour nombre d'auteurs d'établir un pronostic ou de décider l'opportunité d'un traitement. La méthode appelée mobilisation active est basée sur le travail du muscle. C'est en le sollicitant que celui-ci va pouvoir se régénérer et retrouver une certaine autonomie naturelle capable de reproduire les mouvements qu'il ne faisait plus³⁶⁷. Pour y parvenir, il faut mobiliser les muscles touchés par la paralysie le plus tôt possible en demandant un effort en rapport avec l'état général et l'état musculaire du petit malade et en établissant des fréquentes périodes de repos. Le muscle doit travailler certes, mais il doit travailler correctement en évitant travail le inutile³⁶⁸. Du côté des déformations, dont la plupart sont la conséquence d'une négligence dans le traitement, le centre utilise des arthromoteurs, c'est à dire des appareils de rééducation, mus par un moteur, dont la

364 Jules-Charles Jacob, Delpech-Poidatz, « La rééducation des paralysés », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°71 (1929), p. 386.

365 « La rééducation des paralysés », *Le Petit Journal* (17/12/1937).

366 Jules-Charles Jacob, Delpech-Poidatz, « La rééducation des paralysés », art. cit, p. 387.

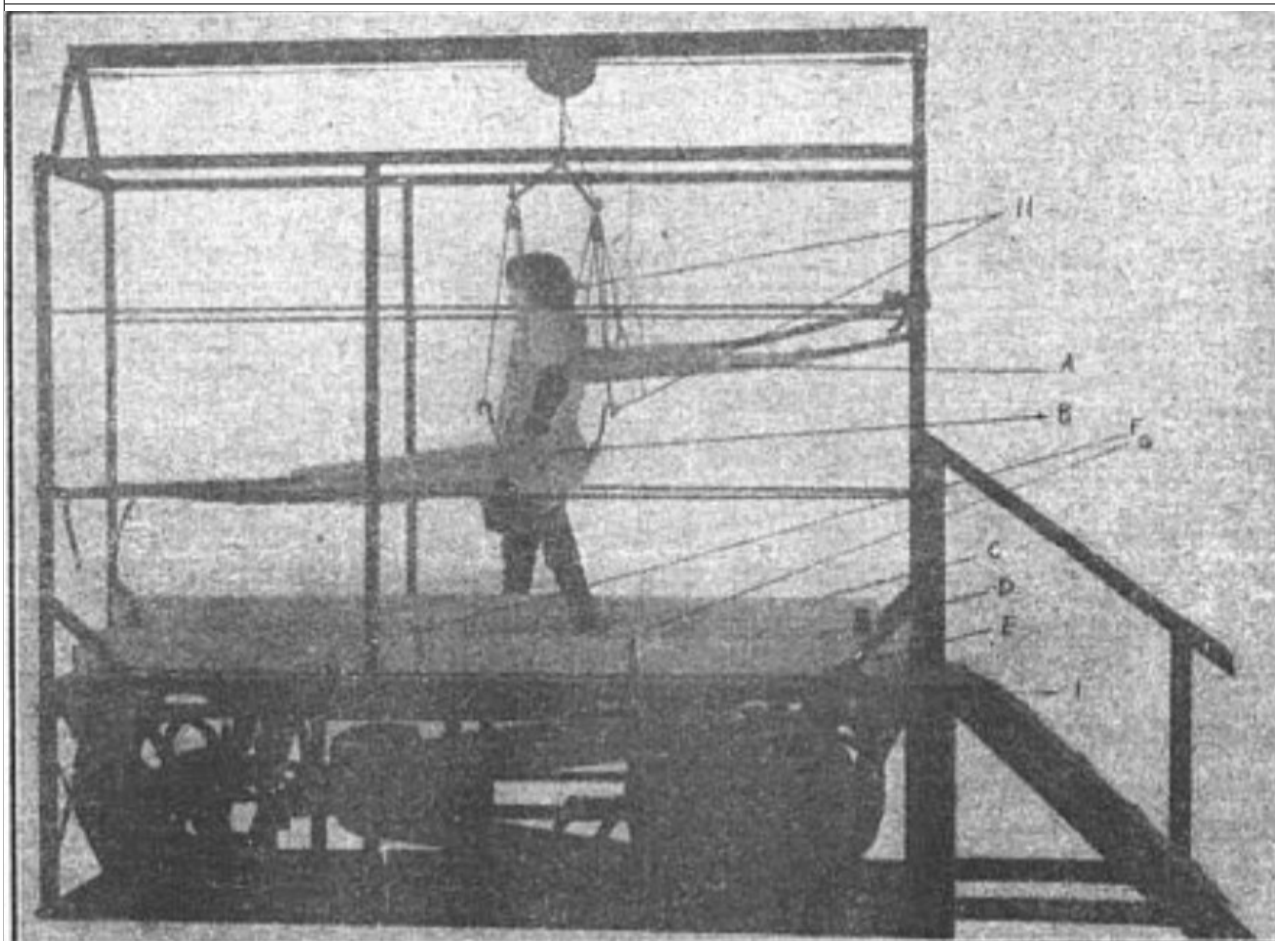
367 « Le traitement de la poliomyélite », *Le Temps* (05/10/1935).

368 « Le traitement des paralysés au centre de rééducation de Saint-Fargeau », *Le Journal* (02/02/1935).

vitesse et l'amplitude du mouvement sont réglables³⁶⁹. Ces outils permettent, par une bonne utilisation passive, lente et progressive des articulations intéressées, l'allongement des tendons rétractés, avec pour avantage de ne pas être douloureuse. Les améliorations obtenues sont nettement perceptibles après quelques semaines de traitement.

De façon à retrouver une certaine réhabilitation musculaire, le centre de Saint-Fargeau utilise une combinaison d'exercices de coordination réalisés avec un ensemble d'appareils appropriés afin de reconstruire un automatisme nouveau le plus proche possible de l'automatisme naturel³⁷⁰. Par exemple l'éducation de la marche au moyen d'un plancher roulant :

Le Trottoir Ambulant (ou plancher roulant)



Avec cette photo, nous pouvons voir un exemple concret d'un patient qui réapprend à marcher sur un appareil aidant la rééducation musculaire des membres paralysés. Le plancher roulant fonctionne

369 Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine [en ligne]. Version 2016. Disponible à l'adresse :<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Arthromoteur>.

370 Jules-Charles Jacob, Delpech-Poidatz, « La rééducation des paralysés », art. cit, p. 390.

avec un moteur électrique, et soutenu d'un système de suspension permettant la correction des mouvements défectueux. Le malade est soulevé et son appui sur les membres inférieurs peut être presque nul, tandis que ses jambes sont maintenues raides par des attelles. Tous les mouvements de compensation sont corrigés par les sangles, son seul travail consiste à essayer d'avancer et de poser le pied³⁷¹. Le malade est ainsi réhabitué progressivement à effectuer les gestes de la marche sans se fatiguer, et surtout sans se déformer.

La durée du traitement est variable puisqu'elle est conditionnée à chaque malade. En tout cas, la rééducation est précédée par des interventions chirurgicales et un traitement de plusieurs années est alors indispensable. Dans les cas moyens des améliorations notables sont obtenues après six mois à un an ou deux ans de séjour à la colonie. Il ne faut pas croire que ce centre est exclusivement réservé aux victimes de la poliomyélite, car tous les patients de Saint-Fargeau ne sont pas tous paralysés à cause de la poliomyélite. Néanmoins, il apparaît clairement que celle-ci représente le plus grand nombre de patients puisque selon une étude scientifique effectuée sur le centre³⁷², des chiffres ont été communiqués et permettent de dresser un panorama et des statistiques des types de patients soignés : sur 103 malades traités, 72 l'étaient à cause de la poliomyélite, ce qui représente quasiment 75% des malades. Toujours selon ces 72 malades, 18 ne pouvaient pas marcher lors de leur admission à la colonie. Une fois le traitement appliqué, et le temps nécessaire passé, les 18 paralysés ont retrouvé une motricité leur permettant de marcher, avec des degrés variables : deux sans appareil et sans canne, quatre avec un petit appareil, six avec des appareils et une canne et six qui peuvent tenir sur leurs jambes³⁷³.

Les résultats de la colonie paraissent être plus que prometteurs, surtout qu'elle ne dispense pas uniquement des traitements médicaux car les enfants y suivent des cours, s'y instruisent et passent des examens durant le temps passé là-bas. Ce n'est donc pas une coïncidence si nous avons retrouvé régulièrement des articles mettant le centre en avant. La publicité a été elle aussi exploitée dans ce but et nous avons découvert une centaine de publicités dont les trois quarts étaient destinés à promouvoir le centre de Saint-Fargeau. Cette exposition médiatique s'explique par le fait que le centre a été reconnu d'utilité publique, a reçu le grand prix de l'exposition de la Maternité et de l'Enfance en 1921 et a été lauréate de l'Académie française en 1925³⁷⁴. Par conséquent la méthode rééducative semble être efficace et sa promotion par des institutions médicales confirme que cette voie est celle de la réhabilitation pour les poliomyélitiques.

371 « Traitement de la poliomyélite », *Le Temps* (05/10/1935).

372 Jules-Charles Jacob, Delpech-Poidatz, « La rééducation des paralysés », art. cit, p. 391.

373 Ibid., p. 392.

374 Ibid., p. 386.

Le poumon d'acier

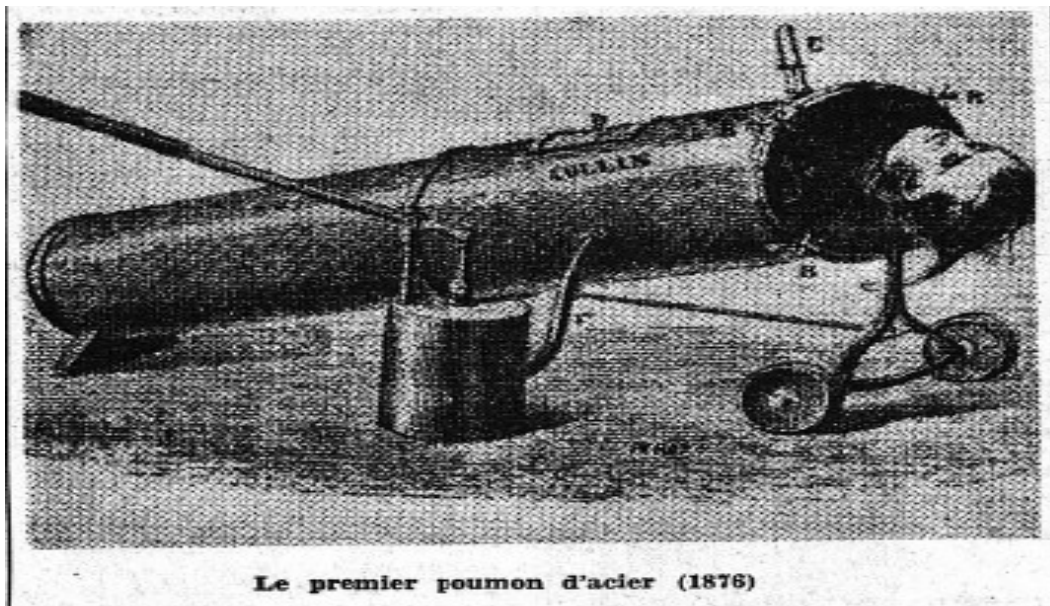
Ce que l'on nomme poumon d'acier se trouve être en réalité un simple cylindre en acier pourvu d'un lit à ressorts à l'intérieur. Le nom viendrait de la plume d'un journaliste américain, le jour où le fils d'un milliardaire quitta la Chine pour l'Amérique couché dans un poumon d'acier et eut la vie sauve. La France ne disposait alors que d'un seul appareil, donné en 1937, par un généreux donateur américain et ce n'était pas un appareil neuf car il était déjà en service aux États-Unis depuis environ quatre ans. Ce poumon d'acier se trouvait à l'hôpital américain de Neuilly et coûtait 90 000 Fr, soit le prix d'une grosse voiture de l'époque³⁷⁵.

Le poumon d'acier agit sur la paralysie générale en la restreignant au minimum, le sérum des convalescents faisant le reste. Le fonctionnement est assez simple : le malade est installé couché dans le tube, qui est ni plus ni moins qu'une petite chambre métallique³⁷⁶. C'est un petit moteur qui actionne un soufflé, envoyant et retirant de l'air au rythme de la respiration. L'intérieur de la chambre est chauffé avec des lampes et la tête du malade reste en dehors de l'appareil mais son corps y est donc étendu tout entier. Des petites ouvertures existent sur les cotés pour les bras du malade qui peuvent être sortis afin de pratiquer des piqûres, des prises de sang ou prendre le pouls. Il y a une autre ouverture à hauteur des hanches pour les soins de propreté. Le tout fonctionne par un mécanisme de poulies qui sert à régler la vitesse de la respiration. Pour être simple et concret, ce n'est ni plus ni moins qu'un grand poumon fonctionnant à l'inverse du notre, c'est-à-dire qu'il augmente et diminue la pression de l'air pour que les poumons se compressent sans solliciter l'effort des muscles de la respiration³⁷⁷.

375 Jacques Graud, « La France n'a qu'un seul poumon d'acier », *Le Petit Journal* (27/12/1938).

376 Jacques Graud, « La France n'a qu'un seul poumon d'acier », *Le Petit Journal* (27/12/1938).

377 « J'ai respirer avec le poumon d'acier », *Paris Soir* (03/10/1937).



Le Petit Journal, 27 Décembre 1938³⁷⁸

En Amérique, la fabrication a été entreprise sur une grande échelle. Les médecins américains estimaient que plus de 500 personnes étaient en vie grâce à cet appareil. Dans tous les hôpitaux d'enfants, la possession d'un de ces poumons d'acier était vivement demandée. Alors que la Belgique possédait trois de ces appareils³⁷⁹, la France n'en avait qu'un seul, ce qui paraissait bien faible pour traiter les poliomyélitiques à l'échelle nationale³⁸⁰.

La rééducation et le poumon d'acier paraissent être des solutions positives et efficaces pour contrer la maladie, même si ils agissent en aval en traitant les conséquences de la paralysie. Il demeure néanmoins que ces méthodes ont permis de sauver la vie à certaines victimes de la poliomyélite ainsi que de reprendre le contrôle de leurs membres. Cela dit, il existe encore des alternatives à ces traitements, qu'elles soient invasives ou non.

3. Les méthodes marginales

A côté de ces techniques ayant reçu une certaine reconnaissance au sein de la communauté scientifique, d'autres moins pratiquées ont également bénéficié d'une communication dans la presse générale et le monde scientifique, dans une moindre mesure.

378 Jacques Graud, « La France n'a qu'un seul poumon d'acier », *Le Petit Journal* (27/12/1938).

379 « Trois poumons d'acier pour la Belgique », *Ce Soir* (07/09/1945).

380 Jacques Giraud, « La France n'a qu'un seul poumon d'acier », *Le Petit Journal* (27/12/1938).

Sympathicothérapie

C'est dans un article du journal *l'Echo d'Alger* que nous avons appris l'existence de cette technique en 1932³⁸¹. C'est le Docteur Paul Gillet, ancien interne des hôpitaux, qui a développé la technique dite de la Sympathicothérapie dans le but de tenter de guérir les enfants atteints de paralysie, paralysie que l'on retrouve évidemment dans les malades atteints de poliomyélite. Nous ne trouvons aucun détail sur la méthode en elle-même. Tout ce que nous apprend l'article est que cette méthode peut guérir, ou du moins améliore considérablement l'état musculaire du patient, même si ce dernier a déjà atteint un stade critique de paralysie. Il semblerait que même dans les cas désespérés, le docteur Gillet parvienne à restituer aux membres paralysés du mouvement, de la souplesse et un retour au volume normal³⁸².

L'octozone

L'octozone est une découverte du physicien français Eugène Royer. C'est un gaz stable avec un pouvoir microbicide très puissant, beaucoup plus oxydant que l'ozone. Il est obtenu avec une base d'oxygène pur, et ne comporterait aucun effet néfaste. C'est après son passage dans l'électrolyseur que lui est conféré une radioactivité permettant une diffusion rapide dans l'organisme. La base du traitement est constitué d'un bain gazeux dont l'absorption du gaz se fait à travers la peau pendant un temps variable suivant le cas à traiter et la particularité du malade. Le traitement se complète par des applications locales telles que des injections, des lavements et des jets gazeux selon la maladie. Grâce à ses propriétés oxydantes, il détruit les déchets qui ne l'ont pas été comme les urates et l'acide urique et les nombreuses maladies inflammatoires causées par des microbes directement attaquables. Enfin, sa radioactivité et son action revitalisante permet de l'utiliser avec succès dans de nombreuses maladies, dont la poliomyélite.

La première mention de ce traitement fut trouvée dans les pages de *l'Ouest-Eclair* de Nantes en 1932³⁸³ pour l'occasion d'une conférence au théâtre Graslin à Nantes. D'après les résultats donnés, 30 000 personnes auraient été traitées avec succès par cette méthode. Mais, mis à part un second article dans le même journal six mois plus tard³⁸⁴, nous n'avons jamais retrouvé de traces de ce gaz. Soit celui-ci ne s'est pas avéré si efficace que ça ou bien il aurait présenté des complications, soit il n'a pas été retenu dans le traitement des poliomyélites.

381 « Les concours de l'observatoire », *l'Echo d'Alger* (17/06/1932).

382 « Non, la Sympathicothérapie ne guérit pas tout », *Le Populaire* (24/02/1937).

383 « la conférence de l'octozone à Graslin », *Ouest-Eclair Nantes* (15/12/1932).

384 « Une grande découverte française », *Ouest-Eclair Nantes* (01/06/1933).

Le sérum « sap »

Une seule mention de ce sérum dans l'*Ouest-Eclair Nantes* en 1932³⁸⁵. Aucune explication quant à son élaboration, ses spécificités et son mode d'application. Nous apprenons seulement qu'il est utilisé lors de poliomyélite particulièrement virulente. Il est donné en très petite quantité par l'Administration car il n'y a pas beaucoup de quantité. Il est stocké à l'Hotel-Dieu de Nantes et à l'Institut Pasteur de la ville. Pour en recevoir, les médecins doivent en faire la demande à la préfecture.

L'institut de gymnastique suédoise

Cet institut est situé à Paris au 75 bis rue des Saints-Pères. C'est le professeur Spiridi qui assure le traitement. Il s'agit de cours de gymnastique médicale pour hommes, femmes et enfants³⁸⁶. Par cette méthode, qui consiste en des massages, de la rééducation, de l'orthopédie, des bains de lumière et de l'air chaud, le professeur pourrait guérir un certain nombre d'affections comme les déviations du rachis, les paralysies, les problèmes de l'appareil respiratoire, et donc la poliomyélite³⁸⁷. Ce traitement original et excentrique, se trouve sous la forme de publicité dans les pages des journaux français et revient régulièrement mais il ne représente que 25 % des publicités. Quant à son efficacité, nous n'avons découvert aucune mention qui tendraient à la jauger.

Les centres spécialisés

La création de ce type d'institut est l'idée de La commission des Epidémies qui l'adopta lors d'une de ses séances en 1944³⁸⁸. Réservés uniquement aux malades de la poliomyélite, ces centres devaient être construits dans les grandes villes. Une organisation adaptée devait être mise en place sur le modèle des centres existants déjà aux États-Unis³⁸⁹. Des spécialistes auraient donné les soins d'urgence et auraient appliqué les traitements de récupération dès le début la convalescence. De plus au niveau du matériel, une piscine chaude était prévue pour permettre de minimiser les séquelles en favorisant la reprise de mouvement. Un poumon d'acier pour aider les malades les plus atteints était également attendu.

385 « Sérum contre la poliomyélite », *Ouest-Eclair Nantes* (21/10/1932).

386 « L'institut suédois de gymnastique », *Le Petit Journal* (19/11/1934).

387 « L'institut suédois de gymnastique », *Le Matin* (05/11/1935).

388 H Cambessedes, J Pignot, J Boyer, « Etat actuel de la question de la poliomyélite aigüe », art. cit, p. 84.

389 Ibid., p. 84.

Il n'y a donc pas un mot sur l'utilisation de sérum et le but avoué de ces centres spéciaux était de diriger la confiance du public aux conceptions modernes du traitement de la poliomyélite pour se défaire des méthodes classiques, qui se présentent pour les scientifiques et médecins comme obsolètes. Étant donné que chaque malade est un cas particulier, le traitement doit s'adapter et s'individualiser ainsi qu'être pratiqué le plus précocement, intensément dans le but de réduire au maximum les conséquences paralytiques de la poliomyélite. Nous ne savons pas si cette volonté indéniable de création de centres spécialisés a été réalisée car nous n'avons trouvé aucun article pour corroborer leur mise en place. Cela étant, notre étude s'arrête à 1950 et il est possible que ce projet se soit développé après cette date.

Au total, nous avons recensé une dizaine de traitements et méthodes alternatifs pouvant être appliqués aux malades atteints de poliomyélite. Mais sur cette dizaine, un seul semble présenter des résultats positifs, à savoir la rééducation utilisée par le centre de Saint-Fargeau. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la Commission des Epidémies avait retenu à la fois la forme et la méthode pour la création de centres spécialisés.

Comme beaucoup d'autres épidémies, la lutte contre la poliomyélite s'organise d'abord par la voie législative afin de poser les bases légales, et structurant le domaine sanitaire en matière épidémique. Ensuite, vient s'ajouter le domaine médical de façon à pallier les manquements du législatif en découvrant soit un vaccin, soit un sérum susceptible de combattre la maladie. Dans notre cas, ce fut la sérologie qui tout au long de la première moitié du XXe siècle fut l'arme utilisée contre la poliomyélite.

Il n'empêche que l'utilisation des sérums prescrite à chaque apparition épidémique de la paralysie infantile n'a pas procuré de guérisons et résultats spectaculaires, laissant des méthodes alternatives se développer en parallèle pour pallier l'efficacité mitigée des sérums. De la radiothérapie au poumon d'acier, en passant par l'octozone, ces méthodes sont aussi diverses que nombreuses mais celle qui a obtenu les meilleurs résultats est la rééducation effectuée au centre de Saint-Fargeau, centre qui devait s'élever en modèle et référence pour traiter les malades atteints de la poliomyélite sur le territoire français.

Conclusion :

Beaucoup d'auteurs, scientifiques ou médecins, ont travaillé sur la poliomyélite au cours de la première moitié du XXe siècle. Parfois très techniques et pointus, ces travaux ne sont pas d'un accès facile mais sont indispensables lorsque nous réalisons un travail sur une maladie car ils permettent à la fois une meilleure compréhension globale de la maladie et une meilleure connaissance des divers travaux qui portent sur elle. Sans eux, nous n'aurions pas pu saisir toutes les spécificités relatives à la poliomyélite, et nous n'aurions pas pu bâtir notre première partie autour des caractéristiques propres à la maladie, surtout le chapitre premier où nous nous concentrons sur la maladie en elle-même, c'est-à-dire sur sa description médicale. Quelque peu écrasante, ce volet médical est primordial à l'intelligibilité et à la cohésion globale de notre travail car elle permet de cerner la poliomyélite.

Cela étant dit, la majorité de notre étude repose sur les journaux français et le recensement de la poliomyélite au sein de leurs articles. Mais la retransmission des épidémies de poliomyélite est très inégale en fonction des journaux car, si certains les mentionnent régulièrement, d'autres ne le font quasiment pas. Cependant, suite à l'analyse, à la comparaison et aux statistiques réalisées à partir de ces sources, trois observations peuvent être faites :

La préférence infantile de la maladie semble être acquise. Que ce soit lors des études réalisées par les auteurs dans leurs traités ou bien des épidémies étudiées via les articles de journaux, la majorité des victimes sont des enfants notamment des enfants en bas âge, c'est à dire en dessous de cinq ans. Le meilleur exemple est certainement l'épidémie de 1930 dans l'est de la France où les 405 victimes recensées au total étaient toutes des enfants. Malgré tout, il est vrai que des adultes peuvent la contracter mais dans des proportions beaucoup plus faibles.

L'apparition de la poliomyélite n'a pas été complètement identifiée à la fin des années 40. Plusieurs théories ont été examinées, et plusieurs d'entre elles ont été révoquées. Si les scientifiques de l'époque savaient que le virus se propageait dans l'organisme via le nasopharynx, ils n'avaient pas de certitudes concernant le mode de propagation. Le contact inter-humain était privilégié, notamment via les porteurs sains et les porteurs de germes, mais guère plus.

Aucuns traitements ne semblent réellement fonctionner pour contrer la maladie. En effet, la sérothérapie a très tôt été développée (au tout début du XXe siècle) mais l'efficacité des sérums a été plus que contrastée au point qu'il a été déconseillé de les prescrire en cas d'apparition d'épidémie

de poliomyélite. À côté de ce traitement, d'autres sont apparus afin de pallier les manquements induits par les sérums. Très divers et variés, leur efficacité a encore été remise en question mais le traitement le plus plébiscité a été celui du centre de Saint-Fargeau qui appuie son traitement sur la rééducation des membres paralysés au moyen d'efforts et de matériel, traitement qui semble-t-il a donné de très bons résultats.

La poliomyélite a réellement été un sujet important en France a-t-elle point qu'elle a bénéficié d'un décret spécifique en 1916 dans le but de l'inscrire dans les maladies à déclaration obligatoire. En sus, la rumeur concernant des apparitions de poliomyélite dans certains endroits de la France a été démentie au plus haut sommet de l'État, par le ministre de la santé en personne. Cela prouve qu'elle n'a pas été traitée à la légère et qu'elle inquiétait énormément. D'ailleurs, le nombre de travaux scientifiques portant sur elle, mais également le nombre d'articles, corroborent notre observation. La poliomyélite a véritablement été un problème de santé publique tout au long de la première moitié du XXe siècle car plus que d'« assassiner » ses victimes, elle les estropiait les laissant dans des états physiques tels que les malades ne pouvaient plus reprendre une vie normale après³⁹⁰.

Il est certain que les articles de journaux abondent en quantité d'informations relatives à la poliomyélite, que cela soit sur les apparitions de ces épidémies, c'est à dire le lieu où elles se déclarent, mais aussi sur les avancées scientifiques attachées à la maladie. Mais ce que les journaux ne retransmettent pas avec suffisamment de régularité et de minutie est le nombre exact de victimes. En effet, l'essentiel des articles dont nous tirons les recherches précédentes sont basés en majorité sur des brèves, soit des petits articles de deux ou trois lignes. Par conséquent les informations sont très sommaires et nous n'avons pas de détail supplémentaire autre que le nombre des victimes³⁹¹.

Toujours sur cette voie, nous ne connaissons pas également la proportion d'hommes et la proportion de femmes atteints par la maladie. Est-ce qu'il y a un sexe privilégié ? Nous ne le savons pas. Ce qui serait intéressant de réaliser est une étude statistique des victimes de la poliomyélite en fonction de l'âge mais aussi en fonction du sexe. Pour cela il est évident que les journaux ne sont pas suffisants et trouvent une de leurs limites. Il conviendrait de consulter les archives du ministère de la santé et des tableaux récapitulatifs annuels concernant les apparitions épidémiques dans le but de constituer une telle étude.

390 Ce que l'ouvrage de Richard Altenbaugh démontre parfaitement tout au long de son étude.

391 Et ce nombre n'est pas tout le temps donné.

Une autre limite de nos sources, et par conséquent de notre étude, est la non connaissance de la portée sociale et psychologique de la poliomyélite au sein de la population. En effet, après la lecture du livre de Richard Altenbaugh, il nous paraissait profitable et nécessaire de discerner, non pas les dommages physiques, mais les dommages psychologiques qu'entraîne l'apparition de la maladie ainsi que les séquelles. Son étude est essentiellement basée sur des témoignages d'anciennes victimes mais nous n'en avons pas trouvé dans les pages des journaux français. Pour constituer ce portrait émotionnel de la maladie, nous avons tenté notre chance au sein des archives du ministère de la santé dans le but de mettre la main sur des enquêtes entreprises mais là encore nous nous sommes retrouvés face à une impasse. Il est évident qu'un volet social est aussi important et enrichissant qu'un volet statistique. Les deux se complètent mutuellement. Malheureusement nous n'avons pu produire ce volet, notamment à cause des limites de nos sources mais également du temps qui venait à manquer. La recherche et la découverte de ces éléments donneraient une analyse globale et complète de la poliomyélite sur le territoire français pour la première moitié du XXe siècle.

Malgré tout, la source journalistique accompagnée des sources médicales ont donné suffisamment de détails et de renseignements afin de comprendre la maladie qu'est la poliomyélite. S'il ne fallait retenir que quelques informations de cette présente étude, plus que le caractère contagieux, dangereux et mortel de la poliomyélite, c'est surtout les séquelles paralytiques qu'elle déclenche car ils changent à jamais la vie des victimes. Et ces victimes sont des plus fragiles car ce sont en majorité des enfants, dont la constitution ne permet pas de se défendre convenablement contre un tel fléau. Si la poliomyélite était un chasseur, il est indiscutable que les enfants seraient sa proie de prédilection.

ANNEXES

TABLEAU 1 – Les mentions de la poliomyélite dans les journaux pour la période 1900/1950

| | L'Action Française | Ce Soir | Comœdia | La Croix | L'Echo d'Alger | Le Figaro | Le Gaulois | Gil Blas | L'Homme Libre | L'Humanité | Le Journal des Débats | Le Journal | La Lanterne | Le Matin | Paris Soir | Le Petit Journal | Le Petit Parisien | Le Populaire | La Presse | Le Radical | Le Rappel | Le Temps | XIXe Siècle | L'Auta | La Grand'Goule | Ouest-Eclair Caen | Ouest-Eclair Nantes | Ouest-Eclair Rennes | La Province Médicale | Tribune Juive | TOTAL |
|-------|--------------------|---------|---------|----------|----------------|-----------|------------|----------|---------------|------------|-----------------------|------------|-------------|----------|------------|------------------|-------------------|--------------|-----------|------------|-----------|----------|-------------|--------|----------------|-------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------|-------|
| 1900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1901 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| 1902 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| 1903 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1904 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1905 | | | | 1 | | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | 10 | |
| 1906 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | |
| 1907 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1908 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1909 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 1910 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | 4 | |
| 1911 | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 3 | 2 | | 3 | | | 1 | | | 1 | 1 | 2 | 1 | | | | | | | 17 | |
| 1912 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 3 | |
| 1913 | 1 | | | | | 2 | | | | | 2 | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | 3 | | | | | | | | 11 | |
| 1914 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | 4 | |
| 1915 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 1916 | | | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | 2 | | 1 | | | | | | 2 | | | | | | | | 8 | |
| 1917 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 4 | |
| 1918 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 1919 | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | |
| 1920 | | | | 1 | | 1 | | | | | 3 | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | 7 | |
| 1921 | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | 4 | |
| 1922 | | | | | | | | | | | 2 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | 7 | |
| 1923 | | | | | | 2 | | | | | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 6 | |
| 1924 | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | |
| 1925 | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | 4 | |
| 1926 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| 1927 | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | |
| 1928 | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 4 | 1 | | | | 1 | | | | | | 6 | | | | | | | | 15 | |
| 1929 | | | | | | | | | | | 4 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 6 | |
| 1930 | 10 | | 4 | 3 | 25 | 13 | | | 11 | 1 | 23 | 19 | | 37 | 12 | 31 | 11 | 13 | | 2 | | 34 | | | 1 | 17 | 17 | 16 | | 300 | |
| 1931 | | | 1 | 8 | 5 | 5 | | | 1 | | 6 | 5 | | 13 | | 3 | 3 | 2 | | | | 6 | | | 1 | 4 | 6 | 4 | | 74 | |
| 1932 | | | | 4 | 4 | 4 | | | 1 | | 4 | 5 | | 2 | | 4 | 3 | | | | | 7 | | | | 1 | 7 | 1 | | 47 | |
| 1933 | | | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | 2 | | 3 | 1 | | | 1 | | | | 2 | | | | | 5 | | | 18 | |
| 1934 | | | | | | | | | 1 | | 3 | 8 | | 2 | | 2 | | | | | | 5 | | | | 1 | 3 | | | 25 | |
| 1935 | 2 | | | 3 | | | | | 1 | | 8 | 23 | | 28 | 4 | 9 | 3 | | | | | 6 | | | | 1 | 4 | 1 | | 93 | |
| 1936 | | | | | 1 | 1 | | | | | 2 | 7 | | 17 | 2 | 1 | 7 | 2 | | | | 5 | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 51 | |
| 1937 | | 2 | | | | | | | | | 3 | 2 | | 7 | 1 | 1 | 3 | 1 | | | | 1 | | | | 1 | 2 | 1 | | 25 | |
| 1938 | | | | 2 | | | | | | | 5 | 1 | | 3 | | 2 | 2 | 1 | | | | 3 | | | | 2 | 2 | 1 | | 24 | |
| 1939 | | | | 1 | | 2 | | | | | 3 | 5 | | 1 | 1 | 2 | 1 | | | | | 4 | | | | 1 | | 1 | | 22 | |
| 1940 | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | 1 | | 2 | 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | 9 | |
| 1941 | | | | 3 | 1 | | | | | | | | | 3 | 1 | 1 | 5 | | | | | | | | | | | | | | 14 |
| 1942 | | | 1 | 2 | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | | | | | 2 | | | | 1 | | 2 | | 11 | |
| 1943 | 7 | | | 6 | 1 | | | | | | 4 | 9 | | 6 | 6 | 9 | | | | | | | | 1 | | 2 | | 3 | | 54 | |
| 1944 | | | | | 1 | | | | | | | 13 | | | 2 | | | | | | | | | | | | | 1 | | 17 | |
| 1945 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 1946 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1947 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1948 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1949 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 1950 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| TOTAL | 21 | 3 | 7 | 39 | 42 | 33 | 2 | 2 | 17 | 2 | 88 | 117 | 4 | 132 | 31 | 60 | 52 | 20 | 1 | 9 | 3 | 101 | 3 | 1 | 2 | 34 | 49 | 34 | 3 | 1 | 913 |

TABLEAU 2 – *Les apparitions de la poliomyélite par année et par localisation*

| Année | Pays | Régions / Départements | Villes | Nombre cas | Nombres de morts |
|-------|---|--|------------|---------------|--|
| 1905 | Scandinavie | | | | |
| 1909 | Etats- Unis/Autriche/Alle- magne/France | | | | |
| 1916 | Amérique | | | 4289 | 937 |
| 1916 | Amérique | New-York | New-York | | |
| 1921 | France | Paris | Paris | 1 | |
| 1927 | Roumanie | | Bucarest | | 130 Enfants (e) 3 Adultes (a) |
| 1928 | France | Paris | | 17 | |
| 1929 | Espagne | | Madrid | | |
| 1929 | France | Paris | | 12 | |
| 1930 | Allemagne | District d'Allenstein | | 3 | |
| 1930 | Allemagne | Pays de Bade | | | |
| 1930 | Allemagne | Sarre | | 2 | |
| 1930 | Allemagne | | Berlin | 15 | |
| 1930 | Allemagne (Pologne maintenant) | | Bublitz | | |
| 1930 | Allemagne (Pologne maintenant) | | Bottrop | | |
| 1930 | Amérique | Ohio/New- York/Kansas/Califo- rnie/Connecticut/O ntario | | 504 | |
| 1930 | France | Aisne | | 16 | |
| 1930 | France | Ardennes | | 44 | |
| 1930 | France | Ardennes | Sedan | 4 | |
| 1930 | France | Bas-Rhin | | 405 | |
| 1930 | France | Bas-Rhin | Strasbourg | 312 | |
| 1930 | France | Calvados | | 26 | |
| 1930 | France | Charente-Maritime | | | |
| 1930 | France | Côtes-du-Nord (Côtes-d'Armor) | | | |

| | | | | | |
|------|--------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 1930 | France | Eure | Boissy-le-Chatel et Pont-Audemer | 2 | 1 |
| 1930 | France | Gard | | | |
| 1930 | France | Haut-Rhin | | 58 | |
| 1930 | France | Haute-Marne | | | |
| 1930 | France | Hautes-Alpes | Gap | 1 | |
| 1930 | France | Ile-et-Vilaine | Roz-Landrieux | | 1e |
| 1930 | France | Isère | | 23 | |
| 1930 | France | Loire | Firminy | 2a 1e | |
| 1930 | France | Loire | Saint-Etienne | 1 | |
| 1930 | France | Loire-Atlantique | Nantes | 4 | 1 |
| 1930 | France | Loiret | | | |
| 1930 | France | Maine-et-Loire | | 121 | |
| 1930 | France | Marne | | Plusieurs (X) | |
| 1930 | France | Mayenne | Sainte-Suzanne | | |
| 1930 | France | Meurthe-et-Moselle | | 35 | |
| 1930 | France | Meuse | Bar-le-Duc | 2 + quelques cas (qq) en garnison | |
| 1930 | France | Meuse | Révigny-sur-Orvain | 2 | |
| 1930 | France | Meuse | Vigneulles-lès-Hattonchâtel | 2 | |
| 1930 | France | Morbihan | Lorient | | |
| 1930 | France | Moselle | | 84 | |
| 1930 | France | Nord | Douai | | 1 |
| 1930 | France | Nord | Saint-André Quesnoy-sur-Deute Pitgam | 11 dont 8e | 5 dont 4e |
| 1930 | France | Orne | Alençon | X | |
| 1930 | France | Rhône | Lyon | qq | |
| 1930 | France | Saône-et-Loire | | 13 | |
| 1930 | France | Saône-et-Loire | Charolles | qq | |
| 1930 | France | Saône-et-Loire | Gueugnon | 3 | 2e |
| 1930 | France | Sarthe | | 19 | 3 |
| 1930 | France | Sarthe | Le Mans | qq | |
| 1930 | France | Seine | | 71 | |

| | | | | | |
|------|-----------|---|---------------------------------|-------------|----------|
| 1930 | France | Seine | Paris | 17e | |
| 1930 | France | Seine-Maritime | Rouen | 2 | |
| 1930 | France | Territoire de Belfort | | 21 | |
| 1930 | France | Territoire de Belfort | Belfort | 2 | |
| 1930 | France | Vienne | Poitiers | | 1e |
| 1930 | Roumanie | | Bucarest | qq | 2 |
| 1931 | Amérique | New-York | New-York | 157 | |
| 1931 | France | Deux-Sèvres | | 2 | 1 |
| 1931 | France | Deux-Sèvres | Montagne-sur-Sèvres | 1 | |
| 1931 | France | Deux-Sèvres | Saint-Jouin-sous-Chatillon | 1 | 1 |
| 1931 | France | Haute-Savoie | Bonneville | qq | 1 |
| 1931 | France | Haute-Savoie | Morzine | | 1e |
| 1931 | France | Rhône | Lyon | qq | 1 |
| 1931 | France | Seine-Saint-Denis | Romainville | | 1 soldat |
| 1931 | France | Vendée | Montagne-sur-Sèvre | 1 | |
| 1931 | France | Vendée | 8 communes | 7e 4a | 3e |
| 1932 | Allemagne | Palatinat | | qq | 1 |
| 1932 | France | | | 64 | |
| 1932 | France | Loire-Atlantique | Nantes | 1 | |
| 1932 | Pologne | | | 27 | |
| 1933 | France | Banlieue Parisienne | | 20 | |
| 1933 | France | Lot | Saint-Hilaire | | 1e |
| 1933 | France | Seine | Paris | 21 | |
| 1933 | France | Vendée | Montaigu | Xe | |
| 1934 | France | Haute-Garonne | Toulouse | qq | |
| 1935 | Allemagne | Pays de Bade/Wurtemberg/Palatinat/Sarre | | | |
| 1935 | Allemagne | | Foreach (Sarre) | quarantaine | |
| 1935 | Allemagne | | Pays de Bade (camp de Sarrebuck | quarantaine | |
| 1935 | Allemagne | | Francfort | | |
| 1935 | Amérique | | 3 états | | |

| | | | | | |
|------|-----------------|--------------------|-------------|------|------|
| 1935 | France | Bas-Rhin | Strasbourg | 1 | |
| 1935 | France | Bas-Rhin | | 2 | 1e |
| 1935 | France | Bouches-du-Rhône | | 38 | |
| 1935 | France | Meurthe et Moselle | | 1 | |
| 1935 | France | Seine-et-Marne | Coulommiers | qq | qq |
| 1935 | France | Vosges | | 2 | 1 |
| 1936 | France | Eure-et-Loire | | 1 | |
| 1936 | France | Paris | Paris | qq | |
| 1936 | Suisse | | | 1494 | |
| 1937 | Amérique | | | | 200e |
| 1937 | France | Bas-Rhin | | X | |
| 1937 | France | Vosges | Epinal | X | |
| 1938 | Allemagne | | Francfort | 27 | 5 |
| 1938 | Angleterre | Essex | Braintree | 46 | |
| 1938 | Angleterre | | Londres | 3 | |
| 1938 | Pays-Bas | Hollande | Gouda | 33 | |
| 1938 | Pays-Bas | Hollande | La Haye | 11 | |
| 1938 | Tchécoslovaquie | Slovaquie | Habura | 17 | 3e |
| 1943 | France | Allier | | 97 | |
| 1943 | France | Allier | Montluçon | 35 | |
| 1943 | France | Haute-Vienne | | qq | |
| 1943 | France | Région parisienne | | | |
| 1943 | France | Rhône | | qq | |

TABLEAU 3 – *Les articles de journaux selon leurs types*

| Journaux | Articles détaillés | Académie de Médecine | Brèves | Publicités | Autres |
|------------------------------|--------------------|----------------------|------------|------------|-----------|
| Principaux Quotidiens | | | | | |
| Action Française (L') | 0 | 2 | 18 | 1 | 0 |
| Ce Soir | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Comoedia | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Croix (La) | 7 | 10 | 12 | 0 | 5 |
| Echo d'Alger (L') | 6 | 2 | 30 | 4 | 0 |
| Figaro (Le) | 4 | 18 | 8 | 0 | 4 |
| Gaulois (Le) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Gil Blas | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Homme-Libre (L') | 1 | 0 | 12 | 3 | 0 |
| Humanité (L') | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Journal (Le) | 8 | 40 | 29 | 27 | 5 |
| Journal des Débats (Le) | 4 | 44 | 38 | 0 | 0 |
| Lanterne (La) | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Matin (Le) | 14 | 16 | 59 | 41 | 5 |
| Paris Soir | 4 | 3 | 15 | 4 | 4 |
| Petit Journal (Le) | 1 | 8 | 34 | 13 | 1 |
| Petit Parisien (Le) | 3 | 5 | 19 | 17 | 6 |
| Populaire (Le) | 3 | 1 | 11 | 3 | 2 |
| Presse (La) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Radical (Le) | 2 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| Rappel (Le) | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Temps (Le) | 7 | 47 | 43 | 1 | 3 |
| XIXe Siècle | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Quotidiens Régionaux | | | | | |
| Auta (L') | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Grand'Goule (La) | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Ouest-Eclair Caen (L') | 8 | 2 | 22 | 0 | 2 |
| Ouest-Eclair Nantes (L') | 6 | 3 | 34 | 0 | 6 |
| Ouest-Eclair Rennes (L') | 6 | 3 | 21 | 1 | 4 |
| Province Médicale (La) | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tribune Juive | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Total | 95 | 220 | 417 | 115 | 49 |

TABLEAU 4 – *L'épidémie de poliomyélite dans l'est en 1930*

| Liste des Journaux | Nombre Total d'articles / Journal | Nombre d'articles mentionnant l'épidémie de poliomyélite de 1930 | Est | France |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----|--------|
| <i>Action Française (L')</i> | 21 | 10 | 7 | 3 |
| <i>Auta (L')</i> | 1 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Ce Soir</i> | 3 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Comoedia</i> | 7 | 3 | 1 | 2 |
| <i>Croix (La)</i> | 39 | 3 | 1 | 2 |
| <i>Echo d'Alger (L')</i> | 42 | 23 | 14 | 9 |
| <i>Figaro (Le)</i> | 33 | 12 | 6 | 6 |
| <i>Gaulois (Le)</i> | 2 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Gil Blas</i> | 2 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Grand'Goule (La)</i> | 2 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Homme-Libre (L')</i> | 17 | 11 | 5 | 6 |
| <i>Humanité (L')</i> | 2 | 1 | 1 | 0 |
| <i>Journal (Le)</i> | 117 | 16 | 8 | 8 |
| <i>Journal des Débats (Le)</i> | 88 | 20 | 13 | 7 |
| <i>Lanterne (La)</i> | 4 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Matin (Le)</i> | 132 | 37 | 22 | 15 |
| <i>Ouest-Eclair Caen (L')</i> | 34 | 17 | 12 | 5 |
| <i>Ouest-Eclair Nantes (L')</i> | 49 | 17 | 11 | 5 |
| <i>Ouest-Eclair Rennes (L')</i> | 34 | 16 | 10 | 6 |
| <i>Paris Soir</i> | 31 | 10 | 7 | 3 |
| <i>Petit Journal (Le)</i> | 60 | 29 | 18 | 11 |

| | | | | |
|-------------------------------|-----|------------|------------|------------|
| <i>Petit Parisien (Le)</i> | 62 | 9 | 4 | 5 |
| <i>Populaire (Le)</i> | 20 | | 7 | 2 |
| <i>Presse (La)</i> | 1 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Province Médicale (La)</i> | 1 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Radical (Le)</i> | 9 | 2 | 1 | 1 |
| <i>Rappel (Le)</i> | 3 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Temps (Le)</i> | 101 | 33 | 18 | 15 |
| <i>Tribune Juive</i> | 1 | 0 | 0 | 0 |
| <i>XIXe Siècle</i> | 3 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Total</i> | 913 | 269 | 166 | 111 |

TABLEAU 5 – *Les mentions de sérums dans les journaux français*

| Liste des Journaux | Nombre Total d'articles / Journal | Articles Sérums & Dons de sang |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <i>Action Française (L')</i> | 21 | 4 |
| <i>Auta (L')</i> | 1 | 1 |
| <i>Ce Soir</i> | 3 | 0 |
| <i>Comoedia</i> | 7 | 0 |
| <i>Croix (La)</i> | 39 | 2 |
| <i>Echo d'Alger (L')</i> | 42 | 5 |
| <i>Figaro (Le)</i> | 33 | 6 |
| <i>Gaulois (Le)</i> | 2 | 0 |
| <i>Gil Blas</i> | 2 | 0 |
| <i>Grand'Goule (La)</i> | 2 | 0 |
| <i>Homme-Libre (L')</i> | 17 | 0 |
| <i>Humanité (L')</i> | 2 | 0 |
| <i>Journal (Le)</i> | 117 | 9 |
| <i>Journal des Débats (Le)</i> | 88 | 5 |
| <i>Lanterne (La)</i> | 4 | 0 |
| <i>Matin (Le)</i> | 132 | 9 |
| <i>Ouest-Eclair Caen (L')</i> | 34 | 3 |
| <i>Ouest-Eclair Nantes (L')</i> | 49 | 4 |
| <i>Ouest-Eclair Rennes (L')</i> | 34 | 2 |
| <i>Paris Soir</i> | 31 | 3 |
| <i>Petit Journal (Le)</i> | 60 | 1 |
| <i>Petit Parisien (Le)</i> | 62 | 12 |
| <i>Populaire (Le)</i> | 20 | 1 |
| <i>Presse (La)</i> | 1 | 0 |
| <i>Province Médicale (La)</i> | 3 | 0 |
| <i>Radical (Le)</i> | 9 | 1 |
| <i>Rappel (Le)</i> | 3 | 0 |
| <i>Temps (Le)</i> | 101 | 9 |
| <i>Tribune Juive</i> | 1 | 0 |
| <i>XIXe Siècle</i> | 3 | 0 |

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Sources

Sources imprimées

Traité et essais médicaux

- BOUDREAU (F.-G), McCampbell (E.-F), *Acute Poliomyelitis with wpecizil reference to the disease in Ohio, and Certain Transmission Experiments*, Colombus, The F.-J. Heer Printing Co, 1914.
- CONOR (Dr), *De l'influence des épidémies de la population civile sur l'état sanitaire de l'armée*, Evreux, imprimerie Ch. Hérissé et fils, 1907.
- DELMAS (Dr Louis), *Cours élémentaire de service de santé militaire*, Poitiers, imprimerie Oudin et Cie, 1894.
- DRAPER (George), *Acute Poliomyelitis*, Philadelphie, P. Blakiston'son & Co, 1917.
- DUTIL (A), CHARCOT (J.-B), *Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique*, Paris, Felix Alcan, 1894.
- GIOST (Alphonse), *La Mise en pratique des quarantaines*, Bordeaux, imprimerie Duverdier et Cie, 1875.
- LAVERAN (Alphonse), *Traité des maladies et épidémies des armées*, Paris, G. Masson, 1875.
- RIAN (Dr A), *Manuel pratique de transport et d'hospitalisation rationnelle et rapide des blessés et malades, en temps de guerre et d'épidémie : types de brancards, wagons, voitures, baraques, tentes, appareils, etc...*, Paris, imprimerie Nationale, 1878.
- ROCHARD (Dr Jules), *Encyclopédie d'hygiène et médecine publique*, Tome 7, 33e fascicule, Paris, L. Battaille et Cie, 1894.
- SCHREIBER (George), *La poliomyélite épidémique*, Paris, G. Steinheil, 1911.
- TINEL-GIRY (Louise), *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médin)*, Paris, Alfred Leclerc, 1911.
- VERNEY (Dr), *Quelques réflexions sur les quarantaines et quelques souvenirs que sur le choléra*, Montpellier, imprimerie typographique de Gras, 1867.

Périodiques

- ALDERSHOFF (Dr. H), « Recherches sur la cause de l'encéphalite post-vaccinale et de la poliomyélite aiguë », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°103 (1930), p. 533-539.
- BIDOU (Gabriel), « Notes de déficience du groupe « Appendeur » dans les séquelles paralytiques de poliomyélite », *Société de Neurologie de Paris*, vol 1 (1929), p. 1272-1276.
- BIRO, « Etude clinique de l'épidémie de poliomyélite en Pologne en 1932 », *Revue Neurologique*, vol 2 (1933), p. 489-490.
- CAMBESSEDES (H), PIGNOT (J), BOYER (J), « Etat actuel de la question de la poliomyélite aiguë », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°127 (1944), p. 81-84.
- CROSNIER (R), « Poliomyélite, maladie d'actualité », *Médecine Tropicale*, Vol 18, n°2 (1958), p. 205-227.
- Comte rendu de DE LAVERGNE (V), « Considérations spéculatives sur les circonstances d'apparition de la poliomyélite », *Revue médicale de Nancy*, 1947 dans R.I, « Considérations spéculatives sur les circonstances d'apparition de la poliomyélite », *Gazette des hôpitaux*, n°8 (1947), p. 126.
- DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ, « Instruction relative à la prophylaxie des maladies infectieuses », *Bulletin des Sciences Pharmacologiques*, 1917, p. 67-69.
- DOPTER (Dr. Ch), « Les maladies infectieuses dans l'armée », *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, série 4, n° 22 (1914), p. 352-353.
- DOPTER (Dr. Ch), « Mesures prises contre la poliomyélite dans l'armée à l'occasion de l'épidémie estivale de 1930 », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°79 (1931), p. 543-546.
- DREYFUS-SÉE (G), « Nouvelle études épidémiologiques sur la poliomyélite aux États-Unis », *La Presse Médicale*, n°88 (1938), p. 171.
- DUHEM (P), « La Physiothérapie dans le traitement de la poliomyélite », *La Presse Médicale*, n°22 (1931), p. 400-403.
- DUHEM (P), « Radiothérapie et poliomyélite », *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, tome 29 (1931), p. 30-33.
- DURAND (Paul), « A propos de la transmission de la poliomyélite », *La Presse Médicale*, n°68-69 (1941), p. 875-876.
- Compte rendu de HADOT, « L'épidémie de poliomyélite aiguë », *Revue médicale de l'est*, tome LVIII, n°9 dans VIALARD (S), « L'épidémie de poliomyélite aiguë », *Paris Médical*, 1930, p. 456.

- HELME (F), « Démobilisation et médecine », *La Presse Médicale*, n°72 (1918), p. 857-859.
- JACOB (Jules-Charles), DELPECH-POIDATZ, « La rééducation des paralysés », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°71 (1929), p. 386-392.
- KLING (M. C), « Epidémiologie de la poliomyélite », *Gazette Médicale de Paris*, n°13 (1913), p. 264.
- LAFONT (J), « Revue de presse étrangère ; Epidémiologie », *Le Progrès Médical*, n°13 (1930), p. 569.
- LAGNEAU (Gustave), « Sur la réorganisation de l'armée dans ses rapports avec l'anthropologie et la médecine », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, Tome 7, série 2 (1872), p. 581-584.
- LÉPINE (Pierre), « Prophylaxie de la poliomyélite, présent et avenir », *Bulletin de l'Organisation de la Santé*, n°13 (1955), p. 447-472.
- Levaditi (Constantin), Hornus, « Contribution à l'étude des variations de la virulence du virus poliomyélitique en rapport avec la périodicité saisonnière des épidémies de poliomyélite », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°35 (1932), p. 649
- LEVADITI (Constantin), KLING (C), LÉPINE (Pierre), « Nouvelles recherches expérimentales sur la transmission de la poliomyélite par la voie digestive. Action du chlore sur le virus poliomyélite », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, série 3 (1931), p. 193-205.
- LEVADITI (Constantin), LANDSTEINER (K), « La poliomyélite expérimentale », *Compte-rendu des séances de la Société de Biologie*, n°68 (1910), p. 311-313.
- LEVADITI (Constantin), NETTER (Arnold), « Action microbique exercée sur le virus de la poliomyélite aiguë », *Compte-rendu des séances de la Société de Biologie*, n°68 (1910), p. 855-857.
- LEVADITI (G), SCHMUTZ (E), WILLEMEN (L), « Etude de l'épidémie de poliomyélite du département du Bas-Rhin », *Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n°1 (1931), p. 233-257.
- LEVADITI (Jean-Constantin), LÉPINE (Pierre), « Origine hydrique et transmission digestive de la poliomyélite », *La Presse Médicale*, n°10 (1943), p. 119-120.
- LEVADITI (Jean-Constantin), LÉPINE (Pierre), « A propos de la prophylaxie de la poliomyélite par une méthode de pulvérisations nasales », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°43 (1943), p. 277-278.
- LEVENT (R), « A propos du diagnostic et du traitement de la poliomyélite ; L'expérience américaine », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°23 (1947), p. 338-340.
- MORES, « Caractères cliniques et épidémiologiques de l'épidémie de poliomyélite antérieure aiguë de 1936 en Slovaquie », *La Presse Médicale*, n°38 (1938), p. 71.

- NATHAN (M), « L'épidémie de poliomyélite de l'automne 1929 à Madrid », *La Presse Médicale*, n°8 (1931), p. 20.
- NETTER (Arnold), « Le sérum d'anciens malades dans le traitement des poliomyélites », *La Presse Médicale*, n°70 (1930), p. 1169-1171.
- Compte rendu de NETTER (Arnold), « la poliomyélite épidémique », *Bruxelles Médical*, n°20 (1930), p. 553 dans « Conférence du Prof. Netter sur la poliomyélite épidémique », *Bulletin Général de Thérapeutique*, n°181 (1930), p. 174-175.
- NOTES POUR L'INTERNAT, « Poliomyélite Antérieure Aigüe », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, tome 116, n°10 (1943), p. 158-159.
- PETTIT (Auguste), ERBER (Berthe), « Sérum antipoliomyélite concentré », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n° 13 (1932), p. 455-459.
- Compte rendu de ROHMER, MEYER, PHILIZOT, TASSOVATCH, VALLETTE, WILLEMEN, « L'épidémie de poliomyélite en Alsace en 1930 », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°19 (1931), p. 368 dans CLÉMENT (Robert), « Strasbourg Médical », *La Presse Médicale*, n°10 (1932), p. 29.
- Comte rendu de SCHMUTZ (E), « Le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin en été 1930 », *Strasbourg Médical*, tome XCI, n°24 (1931) dans CLÉMENT (ROBERT), « Strasbourg Médical », *La Presse Médicale*, n°10 (1932), p. 29.
- SOCIÉTÉS SAVANTES, « Académie de Médecine », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°98 (1930), p. 1754-1755.
- TOUBERT (Dr), « L'organisation médico-chirurgicale aux armées », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, , n°70 (1929), p. 1256.
- Compte rendu de TEBBUT (A. H), HELMS (Katen), « Comte rendu de l'épidémie de poliomyélite dans les Nouvelles-Galles du Sud, 1931-1932 », *The Medical Journal of Australia*, tome I, n°2 (1933) dans CLÉMENT (Robert), « The Medical Journal of Australia », *La Presse Médicale*, n°40 (1933), p. 93.
- VIOLLE (H), MONTIES (G), « Etude d'une épidémie de poliomyélite dans le département des Bouches-du-Rhône », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°48 (1935), p. 838.
- VLÈS (Fred), « Sur les propriétés électriques de l'atmosphère au cours de l'épidémie de poliomyélite du Bas-Rhin en 1930 », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°7 (1932), p. 256-259.
- « La poliomyélite en France », *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*, n°17 (1946), p. 366.
- « Poliomyélite Antérieure », *Annales de Médecines et de Pharmacie Coloniales*, n°37 (1939), p. 463.

Journaux

- L'Action Française (1909 - 1943)
- Ce Soir (1937 - 1945)
- Comoedia (1928 - 1942)
- La Croix (1905 – 1943)
- L'Echo d'Alger (1927 - 1944)
- Le Figaro (1911 - 1940)
- Le Gaulois (1916 - 1928)
- Gil Blas (1905 - 1911)
- L'Homme Libre (1924 - 1935)
- L'Humanité (1917 - 1930)
- Le Journal (1905 - 1944)
- Le Journal des Débats politiques et littéraires (1905 - 1943)
- La Lanterne (1905 - 1921)
- Le Matin (1910 - 1943)
- Paris-Soir (1930 - 1944)
- Le Petit Journal (1916 - 1941)
- Le Petit Parisien (1911 - 1943)
- Le Populaire (1930 - 1938)
- La Presse (1905)
- Le Radical (1905 - 1930)
- Le Rappel (1905 – 1911)
- Le Temps (1905 - 1942)
- Le XIXe Siècle (1905 - 1911)

Revue

- Annales de gynécologie et d'obstétrique (1910)
- Annales de l'Institut Pasteur : journal de microbiologie (1905 – 1950)
- Annales de médecine légale, de criminologie et de police scientifique (1924 – 1937)
- Annales de médecine et de pharmacie coloniales (1900 - 1936)
- Archives d'anatomie microscopique (1923)
- Archives d'électricité médicale (1900 – 1939)
- Bulletin de l'Académie nationale de médecine (1903 – 1950)
- Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris (1900 - 1941)
- Evolution psychiatrique (1937 – 1938)
- Gazette des hôpitaux civils et militaires (1900 – 1945)
- Gazette médicale de France et des pays de langue française (1935 – 1937)
- Journal de médecine et de chirurgie pratiques (1908 – 1925)
- Journal de physiologie et de pathologie générale (1901 – 1939)
- Médecine internationale (1910 – 1931)
- Médecine tropicale (1941 - 1975)
- Nouveaux remèdes : journal bi-mensuel de pharmacologie, de thérapeutique, de chimie médicale et d'hydrologie (1908 – 1911)
- Obstétrique (1905 – 1911)
- Paris médical : la semaine du clinicien (1911 – 1945)
- Pédiatrie pratique (1903 – 1937)
- Presse médicale (1900 - 1945)
- Progrès médical (1900 - 1945)
- Société de Neurologie de Paris (1900 - 1950)
- Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie (1901 – 1911)

Bibliographie

Ouvrages généraux, manuels et collections de référence

- DELPORTE (Sophie), *Les médecins dans la Grande-Guerre 1914-1918*, Paris, Bayard, 2003, 224 p.
- FAURE (Olivier), *Les français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, 316 p.
- FAURE (Olivier), *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e – XX^e siècles)*, Paris, Anthropos, 1994, 272 p.
- FERRANDIS (Jean-Jacques), LARCAN (Alain), *Le service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, Paris, LMB, 2008, 596 p.
- FRIOUX (Stéphane), FOURNIER (Patrick), CHAUVEAU (sophie), *Hygiène et santé en Europe, de la fin du XVIII^e siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Domont, Sedes, 2012, 279 p.
- FRIOUX (Stéphane), « Aux origines de la ville durable : améliorer l'environnement urbain en France, fin XIX^e – milieu XX^e siècles. », *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, vol 4, n° 52 (2008) , p. 60-67.
- VIGARELLO (George), *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Lonrai, Seuil, 2014, 288 p.
- VIET (Vincent), *La santé en guerre 1914-1918 ; une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2015, 660 p.

Maladies, épidémies

- ANTONIOTTI (Stéphanie) et al, « Déclaration obligatoire des maladies infectieuses : des maladies « pestilentielles » aux maladies « émergentes » », *Santé Publique*, vol. 14 (2002), p. 165-178.
- BARDET (Jean-Pierre, sous la dir.), *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988, 442 p.
- BLANCOU (J), « Les méthodes de désinfection de l'Antiquité à la fin du XVIII^e siècle », *Revue scientifique et technique office international des épizooties*, n° 14 (1995), p. 21-30.
- BOURDELAIS (Patrice), « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé », *Traité de prévention*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, p. 9-13.
- BOURDELAIS (Patrice), « Entre médecine et société », *Communications*, n°66 (1998), La contagion, p. 21-39.

- CHEYRONNAUD (Jacques), « Homines pestilentes » *Communications*, n°66 (1998), La contagion, p. 41-64.
- COMITI (Vincent-Pierre), « Evolution de la conception de la santé publique en France et ses résultats législatifs de 1874 à 1914 », *Histoire des sciences médicales*, n° 17 (1982), p. 50-55.
- DARMON (Pierre), *L'homme et les microbes XVIIe – XXe siècle*, Paris, Fayard, 1999, 592 p.
- DEREIX (Jean-Michel), « Géographie sociale et physique du paludisme et des fièvres intermittentes en France du XVIIIe au XXe siècles », *Histoire, économie & société*, 2008/2 (27e année), p. 39-59.
- FOURNIER (Patrick), « Épidémies et médicalisation des territoires ruraux (vers 1770-vers 1830) », *Siècles*, vol. 30 (2009), p. 61-83.
- MOULIN (Anne-Marie), « L'actualité des maladies infectieuses dans les pays industrialisés : évolution ou histoire ? », *Revue d'Épidémiologie et de santé publique*, n°44 (1996), p. 519-29.
- PAILLARD (Bernard), « Petit historique de la contagion », in *Communications*, n°66 (1998), La contagion, p. 9-19.
- ROSENBERG (Charles), « Siting epidemic disease: 3 centuries of American history », *Journal of Infectious Diseases*, n° 197 (2008), p. 4-6.

Histoire de la poliomyélite et de la vaccination

- ALTENBAUGH (Richard), *The Last Children's Plague : Poliomyelitis, Disability, and Twentieth-Century American Culture*, Croydon, Palgrave Macmillan, 306 p.
- AXELSSON (Per), « Do not those apples, they've been ont the ground !: Polio epidemics and preventive measures, Sweden 1880's-1940's », *Asclepio*, vol 61, n°1 (2009), p. 23-38.
- BAICUS (Anda) . « History of polio vaccination », *World Journal of Virology*; vol 1 (2012), p. 108-114.
- DUNN (Peter), « Michael Underwood, MD (1737–1820) : physician-accoucheur of London », *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, n°91 (2006), p. 150-152.
- KUSS (Jean-Jacques), « L'Initiative Mondiale pour l'Éradication de la Poliomyélite : un long chemin semé d'embûches », *Santé Publique*, vol 23 (2011), p. 55-60.
- MOULIN (Anne-Marie), « Premiers vaccins, premières réticences », *Pour la Science*, n°264 (1999), p. 12-15.
- MOULIN (Anne-Marie), *L'aventure des vaccins*, Paris, Fayard, 1996, 498 p.
- MOULIN (Anne-Marie), « A l'aube de la médecine préventive : la variolisation », *Tribune*

Médicale, n°19 (1982), p. 28-32.

- OSHINSKY (David), *Polio : A american story*, Oxford University Press, 2005, 368 p.
- SEYTRE (Bernard), SHAFFER (Mary), *Histoire de l'éradication de la poliomyélite*, Paris, PUF, 2004, 156 p.
- VALLET (Benoît), « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Hors-série (2016), 47 p.
- VIGARELLO (Georges), « Inoculer pour protéger », *Communications*, n°66 (1998), La contagion, p. 65-74.

Histoire de la presse

- AGNÈS (Yves), *Manuel de Journalisme : Ecrire pour le journal*, Paris, La Découverte, 2002, 512 p.
- ALBERT (Pierre), *Histoire de la presse*, Paris, PUF, 2010, 128 p.
- ALBERT (Pierre), *La presse*, Paris, PUF, 1996, 128 p.
- BELLANGER (Claude), *Histoire générale de la presse française*, Paris, PUF, Tome III, 1972, 688 p.
- MARTIN (Laurent), *La presse écrite en France au XX^e siècle*, Paris, Librairie Générale Française, 2005, 256 p.

Sitographie :

- Bibliothèque inter-universitaire de santé, 2016. Disponible sur : www.biusante.parisdescartes.fr/
- Gallica, 2016. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/>
- *Infovaccin*, 2016. Disponible sur : <http://www.infovaccin.fr/home.html>
- *Institut Pasteur*, 2016. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/fr/>
- *MesVaccins.net*, 2016. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web>
- *OMS*, 2016. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>

TABLES DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| SOMMAIRE..... | 3 |
| INTRODUCTION..... | 4 |
| PREMIERE PARTIE : LA CARTE D'IDENTITE DE LA POLIOMYELITE..... | 13 |
| Chapitre Premier – La description clinique de la maladie..... | 14 |
| 1. Les voies de pénétration..... | 14 |
| 2. Les périodes d'incubation et d'invasion..... | 15 |
| 3. Les symptômes..... | 17 |
| 4. La paralysie..... | 20 |
| Chapitre II – Les causes de contamination..... | 23 |
| 1. Les facteurs humains..... | 23 |
| 2. Les facteurs extérieurs..... | 24 |
| Chapitre III – La répercussion de la maladie..... | 31 |
| 1. La typologie des articles..... | 31 |
| 2. Les cibles de la poliomyélite..... | 33 |
| DEUXIEME PARTIE : LA MARCHE DE LA POLIOMIELITE..... | 40 |
| Chapitre IV – L'épidémie de 1930 dans l'est de la France..... | 41 |
| 1. La retransmission de l'épidémie dans les journaux..... | 41 |
| 2. Le déroulement chronologique..... | 43 |
| 3. Les manœuvres militaires..... | 48 |
| 4. Le bilan chiffré..... | 49 |
| Chapitre V – Dans le reste de la France..... | 51 |
| La prolifération à l'échelle nationale de l'épidémie de l'est en 1930..... | 51 |
| 2. Les autres manifestations poliomyelitiques en France..... | 54 |

| | |
|---|------------|
| Chapitre VI – La poliomyélite dans le reste du monde..... | 60 |
| Le voisin allemand..... | 60 |
| 2. Les autres pays européens..... | 63 |
| 3. Les autres continents..... | 68 |
| TROISIEME PARTIE : LES MOYENS D'ACTION ET DE LUTTE..... | 72 |
| Chapitre VII – L'appareil de lutte institutionnel et législatif..... | 73 |
| La loi de 1902..... | 73 |
| La prophylaxie de la poliomyélite..... | 76 |
| Chapitre VIII – La sérothérapie..... | 83 |
| 1. Le sérum de convalescents..... | 83 |
| 2. Le sérum à base animal du professeur Auguste Pettit..... | 86 |
| 3. Le bilan de l'action sérothérapique..... | 88 |
| Chapitre IX – Les méthodes et traitements alternatifs..... | 90 |
| 1. Les traitements invasifs..... | 90 |
| 2. les traitements non-invasifs..... | 95 |
| 3. Les méthodes marginales..... | 100 |
| CONCLUSION..... | 104 |
| ANNEXES..... | 107 |
| TABLEAU 1 - <i>Les mentions de la poliomyélite dans les journaux pour la période 1900/1950.....</i> | 108 |
| TABLEAU 2 - <i>Les apparitions de la poliomyélite par année et par localisation.....</i> | 119 |
| TABLEAU 3 - <i>Les articles de journaux selon leurs types.....</i> | 113 |
| TABLEAU 4 - <i>L'épidémie de poliomyélite dans l'est en 1930.....</i> | 114 |
| TABLEAU 5 - <i>Les mentions de sérums dans les journaux français.....</i> | 116 |

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE.....117

Sources.....117

Bibliographie.....124